This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Revista Ibero-americana de Ciencias médicas

Instituto Rubio Anales

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SAN FRANCISCO MEDICAL CENTER
LIBRARY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

Digitized by Google

Digitized by Google

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

FUNDADA POR

DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

DIRECTOR Y GERENTE

DR. LUIS MARCO

TOMO XIV

(Números XXVII y XXVIII, Septiembre, Diciembre.)

MADRID

DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1905

UNIV. OF CALIFORNIA

Digitized by Google

UNIV. OF CALIFORNIA

R71
R43
v.14-

Gift of J. C. Cebrián

10.741. –Imprenta de Idamor Moreno, Tutor, 22. – Teléf. 2.000.

Digitized by Google

ÍNDICE DEL TOMO DÉCIMO-CUARTO

Páginas.

CRÍTICA RAZONADA DE LAS CAUSAS DE LAS FÍSTULAS URO-GENITALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO Y MEDIOS DE EVITARLAS *(trabajos originales)*, por el Dr. Julio Larrú 1

LA PARAPLEGIA ESPASMÓDICA *(trabajos originales)*, por el doctor E. Fernández Sanz 56
V.—Observaciones clínicas 56
VI.—Conclusiones 82

REVISIÓN DEL CORNEZUELO DE CENTENO EN OBSTETRICIA *(trabajos originales)*, por D. Adolfo Martínez Cerecedo 84
I.—Observaciones y opiniones propias 84
II.—Opiniones de algunos tocólogos nacionales y extranjeros 97

DOLORES GÁSTRICOS *(trabajos originales)*, por el Dr. D. R. L. y Yagüe 115
Primera parte: Diagnóstico especial y diferencial 115

LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER *(trabajos originales)*, por el doctor Eugenio Gutiérrez 156
Histerectomías vaginales por cáncer 167
Histerectomías abdominales por cáncer, con exéresis regional 171

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE RECLAMAN LAS GASTROPATÍAS *(trabajos originales)*, por el Dr. José González Campo 172
Introducción 172
Es necesario que el gastropatólogo lo sea completo, abarcando á la vez lo médico y lo quirúrgico de su especialidad, como lo son los demás especialistas 173
Necesidad de la intervención quirúrgica en determinadas gastropatías 174
Operaciones que recaen sobre el estómago 177
I.—Gastroenterostomía 177
II.—Gastroyeyunostomía 177

Obras agotadas de D. Federico Rubio: «EL FERRANDO» 187

REVISTA DE REVISTAS 203
La criogenina en la fiebre de los tuberculosos, por el Dr. Oscar Jaime 206
Amigdalitis tuberculosa ocasionando la muerte por meningitis tuberculosa sobreaguda, por el Dr. J. Francisco Romero 207
Vómitos, por el Dr. José León Martínez 213

Digitized by Google

Páginas.

BIBLIOGRAFÍA, por Luis Marco 224
Sobre o tratamento cirurgico do mal de Bright, pela nephrocapsectomia, por el Prof. Dr. Francisco Soares Branco Gentil 224
Apoplejía cerebral, por José Codina Castellví 227
Estudio clínico-terapéutico de las fiebres eruptivas (viruela, sarampión y escarlatina), por el Dr. D. José Codina Castellví 231
La profesión de enfermera: necesidad de difundir su enseñanza, por el Dr. Moisés Amaral 233
Topografía médica del Valle de Bastán, por D. Fermín Irigaray 234

VARIEDADES 235
Otro español ilustre: el Dr. D. Avelino Gutiérrez, por Eva Canel 235

ESTUDIOS DE FISIOLOGÍA INTEGRAL CON APLICACIÓN AL CRITERIO MÉDICO *(trabajos originales)*, por D. Pedro Martínez Baseiga 241

EL DIAGNÓSTICO INTEGRAL CLÍNICO DEBE PREDOMINAR SOBRE EL TOPOGRÁFICO EN CLÍNICA MÉDICA *(trabajos originales)*, por don Antonio Mut 291

DOLORES GÁSTRICOS *(trabajos originales)*, por el Dr. D. R. L. y Yagüe 298

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE RECLAMAN LAS GASTROPATÍAS *(trabajos originales)*, por el Dr. José González Campo 296
III.—Gastrotomía 344
IV.—Gastrostomía 345
V.—Exclusión del piloro 350
VI.—Dilatación del piloro 351
VII.—Piloroplastia 352
VIII.—Cardioplastia 352
IX.—Gastroplegadura 352
X.—Gastropexia 353
XI.—Gastro-gastrostomía 353
XII.—Gastroplastia 353
XIII.—Liberación de adherencias 354
Apéndice.—Yeyunostomía 354

CRÍTICA RAZONADA DE LAS CAUSAS DE LAS FÍSTULAS URO-GENITALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO Y MEDIOS DE EVITARLAS *(trabajos originales)*, por el Dr. Julio Larrú 355

Obras agotadas de D. Federico Rubio: «EL FERRANDO» 408

REVISTA DE REVISTAS 426
Contribución al estudio clínico de los tumores malignos de la nasofaringe, por el Dr. C. Compaired 426
Valor terapéutico del cinamato de sosa en la tuberculosis pulmonar, por D. Miguel Ruiz-Matas y Martínez 438
Los Museos de Higiene, por el Dr. A. de Garay 452
Inutilidad del vejigatorio cantarídiano, por Ezequiel González Cortez 457
Algunas palabras sobre la cura operatoria de la hernia crural, por el Dr. Manuel Godoy Álvarez 461
Un caso de histero-traumatismo: cura maravillosa, por el Dr. J. de León. 465

Digitized by Google

Páginas.

Bibliografía, por Luis Marco 468
Novísima legislación sanitaria: editor, Góngora 468
Arte de criar á los niños (nociones de higiene infantil), por D. Rafael Ulecia 469
Técnica de los análisis químicos médicos, industriales, de productos alimenticios y farmacéuticos, por J. Tarbourlech 470
Atlas de Anatomía topográfica y aplicada, por el Dr. Oscar Schultze . . . 471
L'art dentaïre en Médecine légale, por el Dr. Oscar Amoëdo 472
La biología aplicada á la sociología, por el Dr. Eugenio Wasserzug 474
Manuel García: su influencia en la laringología y en el arte del canto, por el Dr. A. G. Tapia 474

Variedades 476
Aclaración necesaria 476
Matrícula en el Instituto Rubio 476
Felicitación al Dr. Gutiérrez, por la Redacción 476
Sesión de honor en la Sociedad Ginecológica Española 477
Saludo á nuestros suscritores y colegas en la prensa 480

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIV. OF CALIFORNIA

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

CRÍTICA RAZONADA DE LAS CAUSAS DE LAS FÍSTULAS URO-GENITALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO Y MEDIOS DE EVITARLAS

Por el Dr. Julio Larrú

Médico-farmacéutico; Tocólogo primero, por oposición, de la Beneficencia municipal de Madrid; ex-alumno interno, por oposición, de la Facultad de Medicina central; ex-médico de la Armada, por oposición; Director de Sanidad marítima, por oposición, etc., etc.

(CONTINUACIÓN)

Mencionada la acción vulnerante de la intervención obstétrica, vamos á exponer algunas consideraciones anatomo-patológicas que ofrecen las fístulas uro-genitales, para deducir de ellas los argumentos que nos proporcionen en defensa de nuestro criterio; pero permítasenos antes de terminar esta parte insistir en que, á pesar de haber significado los peligros de la intervención obstétrica, no debemos olvidar que, siempre que se interviene, algo nos obliga á intervenir, y ese algo constituye la causa más eficiente de fístula uro-genital. Hemos visto, además, que en general es la transgresión y no la intervención la que vulnera, y hemos podido apreciar y seguiremos apreciando que la intervención vulnera cuando no se elige con discernimiento, cuando se desconoce su técnica, cuando no se emplea con la delicadeza debida, cuando se carece de tacto para apreciar el límite de resistencia de los tejidos maternos, etc. Por tanto, el severo proceso que de ella hemos hecho es su mejor defensa.

Al poner á contribución los datos que nos suministra la anatomía patológica para procurar disminuir ó anular justamente las injustas responsabilidades de la intervención, no podemos menos de deplorar, como ya deploró Freund (*Geschichte der Urinfisteln*, etc., Breslau, 1862) y Bouquet (*Du traitement des fistules uro-genitales*

Digitized by Google

de la femme), lo altamente perjudicial que ha sido para el adelanto científico en la historia de este proceso, no haber empleado, siquiera sea en parte, el derroche de tinta é ingenio que se han invertido estudiando hasta la saciedad los procedimientos operatorios ideados para su curación, en tratar de aclarar en lo posible los variados problemas que entabla su etiología, su génesis y su anatomía patológica, no sólo por lo que á nosotros respecta, sino por lo que respecta al mismo tratamiento; porque en este proceso, como en todos los patológicos, el estudio de dichos elementos tiene una influencia decisiva sobre la marcha de la afección y su terapéutica. Conste, pues, que en este sentido, á pesar de los trabajos de G. Simón (*Uber die heilung*, etc. Giesen, 1854), Emmet y Freund (ops. cits.), puede decirse que todo está por hacer respecto á la finalidad de nuestro problema.

La localización de las fístulas nos facilita datos importantes para la defensa de nuestra tesis. Llama desde luego la atención que la inmensa mayoría de las lesiones, producidas sin duda alguna por la intervención, estén situadas en la pared posterior de la vagina. Ninguna lesión consecutiva á parto, situada solamente en la pared anterior, puede hacerse depender de una manera cierta é indudable de un acto operatorio inteligente y correcto, y mucho menos eliminar otros factores de origen distócico. Esto se concibe fácilmente, porque dada la orientación de la pared posterior, la mayor amplitud que durante el parto algo adelantado existe en este segmento, la dirección instintiva y hasta obligada que se imprime á los instrumentos, etc., etc., dicha pared posterior resulta mucho más vulnerable que la anterior. Es así que, según Emmet, entre 161 fístulas correspondientes al parto, sólo encontró el 5,84 por 100 de recto-vaginales; luego ya tenemos un importante argumento para defender la mínima parte que la intervención debe tener en este proceso.

Aunque la diversa orientación de la pelvis, la diferente altura del pubis, la distinta altura también á que está colocado el llamado promontorio retro-púbico, la posibilidad de asimetrías pelvianas, la existencia de exóstosis, el descenso del segmento inferior por el encajamiento anticipado en las primíparas, y, ante todo y sobre todo, los atirantamientos y dislocaciones que sufre el tabique uro-genital durante el acto del parto, ya que no las preexistentes por procidencia de dicho tabique, son razones más que suficientes para demostrarnos la variabilidad de localización de esta lesión; existen algunos datos que tienden á demostrarnos su origen distócico en la inmensa mayoría de los casos.

Ante todo, el más importante es la inmunidad más que relativa de la uretra, hasta el punto que si se observan lesiones exclusivas en toda ó la mayor parte de su trayecto, casi con seguridad absolu-

Digitized by Google

ta se puede predecir ya un acto operatorio, como en el caso de Tillaux era intervención anterior que interesó dicha porción, ó ya una transgresión indudable, como en los casos de Fritsch, Duparcque, etc. No hay razón que explique esa inmunidad, siquiera sea relativa, tratándose de la intervención, pues, como dice muy bien Budin (loc. cit., pág 10) al tratar de las lesiones de la vulva y periné en el parto artificial, estas lesiones no son menos frecuentes en éste que en el espontáneo. Las fístulas uretro-vaginales, aun teniendo en cuenta que pueden ser exclusivamente distócicas, por las causas dichas, son sin embargo muy raras. Simón, en su larga práctica y conocimientos extensos sobre esta lesión, no menciona sino dos casos (*Deustch Klinik*, 1856, núm. 35). El primero ofrece el dato interesantísimo de ser doble. «Tres días de trabajo; aplicación de forceps; incontinencia de orina á los diez días; conjugado de cuatro pulgadas; fístula uretro-vaginal *á dos y medio centímetros* del meato, del tamaño de un guisante; fístula vésico-vaginal á tres centímetros del meato, la cual admitía el dedo meñique». La caída tardía de la escara; la situación media y serial de las dos fístulas; la forma redondeada que indica la observación, todo hace sospechar un origen distócico, por lo que también es de sospechar que en este caso existió elevación y tal vez plegadura del tabique.

Aunque no admitamos, como no puede admitirse, la inmunidad absoluta de la uretra, sabido es que en general las fístulas uretro-vaginales, que excepcionalmente se observan á consecuencia de parto espontáneo, ocupan su tercio posterior; cuya parte, así como el cuello vesical, es muy posible sea comprimida por la parte que se presenta, ya por las fáciles dislocaciones del *septum* ó ya efecto de estar retenidas por la aponeurosis perineal media. No es, pues, extraño puedan presentarse fístulas relativamente bajas de origen distócico. Pero frecuentemente, por no decir siempre, estas fístulas tienen un origen complejo, como se desprende de la simple lectura del caso de Simón (loc. cit.). «M. W.: treinta años; segundo parto normal; á los pocos días absceso que se abre y produce la fístula, la cual se encuentra á tres centímetros del meato, y tiene la extensión del grueso de una sonda». Estas fístulas son tan contadas, que Fritchs sólo ha visto un caso y Fargas otro que no era de origen obstétrico. Las de origen obstétrico *jamás se aproximan á la entrada de la vagina en menos de tres centímetros* (Costa Duarte, cit., pág. 52). Claro está que nos referimos á las uretro-vaginales típicas, pues las uretro-vésico-vaginales, es decir, las que atacando el bajo fondo de la vejiga atacan asimismo en más ó en menos el cuello vesical, distan mucho de ser raras y tienen fácil explicación por el hecho de la compresión distócica ó su propagación séptica.

Llama también la atención que las fístulas útero-vesicales, *no*

Digitized by Google

cérvico, sean tan raras que se niegan por muchos; y lo que es más elocuente es que las cervicales vayan disminuyendo su frecuencia de abajo arriba, como ya reconoció Jobert de Lamballe (loc. cit., página 56). En la estadística de Deroubaix se citan cuatro casos de vesicales cérvico-uterinas superficiales; dos de vesicales cérvico-uterinas profundas y dos de vesicales cérvico-uterinas. En cambio, en dicha estadística, de 24 casos, 15 eran vésico-vaginales, y de éstas sólo dos atacaban el cuello de la vejiga. Se ve, pues, la predilección con que se sitúan las fístulas en el tercio superior de la vagina, y menos en el tercio medio.

El caso que sirvió á Mme. La Chapelle *(Pratique de l'art des accouchements*, París, 1821, tomo I) para dar á conocer las fístulas útero-vesicales, terminó espontáneamente, pero no es muy explícito. «Una mujer pierde líquido amniótico durante tres días, después de los que pare naturalmente. Las consecuencias son felices por de pronto, pero al octavo día sobreviene derrame súbito, involuntario y continuo de orina que se vierte por la vagina, mas el examen demuestra que este conducto está intacto. Una sonda introducida en la uretra se encuentra mediante el dedo por el cuello del útero. La fístula tenía más de cuatro líneas de diámetro, y se juzgó incurable.» Por el contrario, no sólo el tabique vésico-vaginal es el generalmente interesado, sino con más frecuencia se aproxima la lesión al fondo de saco anterior que al cuello vesical. Así, pues, por lo que respecta á la altura á que están situadas generalmente las fístulas, es muy difícil ó quizá imposible admitir que la acción instrumental fuera tan sistemática. Viceversa, en los casos en que no es posible dudar de esa acción, cuando las transgresiones operatorias son evidentes, se ve que no hay punto del *septum* uro-genital respetado por la agresión ni de una manera absoluta ni relativa.

Hemos dicho que la inmunidad de que goza la parte anterior de la uretra estaba satisfactoriamente explicada por su situación anatómica, y vemos asimismo que la relativa escasa frecuencia de las útero-vesicales es perfectamente explicable por las condiciones en que se verifica la compresión fetal. Suponía Stolz que para producirse la fístula á ese nivel se necesitaba como condiciones especialísimas: 1.°, que la angustia pelviana se verificase en la excavación; 2.°, que el segmento inferior del útero fuere empujado profundamente á dicha excavación; 3.°, que la cabeza fuere tan voluminosa que se detuviese al nivel del estrecho inferior; y 4.°, que las contracciones uterinas la empujasen enérgicamente contra el obstáculo que la impide avanzar. Aunque no admitamos en absoluto las afirmaciones de Stolz respecto al único momento del parto en que se verifica la compresión fetal, que, según este autor, ya hemos dicho suponía que sólo se verificaba cuando, llegando la cabeza al suelo

Digitized by Google

perineal, ejecuta su rotación interna y coloca el occipucio en el subpubis, es indudable que en cierto número de casos debe verificarse así el mecanismo de la fístula útero-vesical, como lo prueba el tan conocido caso que indudablemente sirvió á Stolz para sentar tales afirmaciones (véase extractado). «M. Vacher, III para, partos anteriores felices, pero lentos y penosos, rotura prematura de la bolsa, presentación y posición O. I. D. P.; el descenso á la excavación se verifica bien, pero el parto se detiene á pesar de violentos dolores; formación de tumor sero-sanguíneo fetal que sobresale por la vulva; parto espontáneo á las doce horas; muerte de la mujer por infección con determinaciones pulmonares, á los diez días. Autopsia: perforación útero-vesical al nivel de la pared anterior de la cavidad cervical, perforación útero-abdominal al mismo nivel en la parte posterior. La pelvis de esta mujer era estrecha en la excavación con un estrecho superior amplio.» Si, como se desprende de la observación que hemos extractado, la génesis de estas fístulas precisase siempre las condiciones que Stolz exige, dicho se está serían todavía menos frecuentes, por lo que necesariamente deben producirse en otras condiciones. Es más: es frecuentísima la coexistencia de las vésico-útero-vaginales con lesiones del labio posterior del cuello, y esta coexistencia no existiría de ser cierta la teoría de Stolz, sino cuando existieren falsos promontorios ó pelvis en embudo, porque la concavidad sacra supone garantía más que suficiente para la integridad de dicho segmento.

Si, por otra parte, el coxi-pubiano fuera tan inextensible como el promonto-púbico, y la resistencia posterior fuera tan enérgica como al nivel del promontorio, seguramente las fístulas recto-vaginales serían tan frecuentes como frecuentes son dichas lesiones del labio posterior en los enclavamientos de cabeza al nivel del estrecho superior. Es, pues, indudable que este enclavamiento puede verificarse á este nivel empujando la vejiga hacia adelante y el peritoneo hacia atrás, comprimiendo el tabique vésico-uterino sobre el borde superior del pubis, como ya defendió Mme. La Chapelle, sin que por eso podamos negar que la cabeza, empujando el canal de Braune por dilatación insuficiente del cuello, coincidiendo con amplitud del estrecho superior, pueda tener lugar la compresión del modo que Stolz significa. El descenso del labio anterior en todo parto normal también explica la posibilidad de esta compresión. Y tan cabe en lo posible ocurra esto, que nadie puede negar en absoluto se verifique la perforación en el cuerpo uterino.

Una circunstancia que nos obliga á pensar que generalmente la compresión genética de estas fístulas se verifica en el borde superior del pubis y no en su cara posterior, y menos en el borde inferior, es la extensión y destrozos que generalmente causan y que,

Digitized by Google

dicho sea de paso, deben observarse inmediatamente, porque los progresos de reparación reducen en general muy pronto á proporciones mínimas las fístulas útero-vesicales. Tanto por la mayor superficie lineal de compresión, cuanto por la relativa agudeza del sitio sobre que se comprimen las partes blandas en la angustia superior, son explicables las lesiones que ofrecen. Según Jobert de Lamballe, que ha hecho su estudio especialísimo, suelen presentar una vasta cavidad en que se vierte la orina antes de salir á la vagina, y en ocasiones una verdadera cloaca, por destrozo del conducto cervical y del hocico de tenca. En estos casos suele desaparecer todo el tabique uro-genital *menos el que corresponde á su porción uretral*, de tal modo que la mano puede penetrar libremente en la vejiga. Muchas veces existe en el fondo de saco anterior una abertura en U ó herradura, mencionada también por Bouquet y otros autores, de la que nos ocuparemos al hablar de la forma. En los tres casos recogidos por Jobert (op. cit., págs. 63 y 74), dos corresponden á fetos enormemente grandes y otro á un hidrocéfalo que, después de detroncarle, estuvo retenida la cabeza durante veinticuatro horas. Es suficiente la mención de estos casos, sobre todo del último, para convencerse que la lesión puede producirse por enclavamiento ó imposibilidad del paso de la cabeza al nivel del estrecho superior, y que por lo tanto la compresión puede verificarse al nivel del borde superior del pubis.

Otra historia tipo de este género de fístulas es la observación del mismo Jobert de Lamballe publicada en la *Union Médicale*, año 1859, pág. 57. «Mujer de veintitrés años, constitución débil, seis partos, la mayor parte difíciles. El último y más doloroso de todos duró seis días; forceps: niño muerto. Ocho días después del parto, oleada repentina de orina por la vagina. Al reconocimiento presenta destrucción completa del labio posterior y de una parte del anterior, cuyos restos cubren una abertura que corresponde al fondo de saco vaginal anterior». Así, pues, esa forma transversal, esa frecuencia de lesiones extensas, aunque fácil y espontáneamente reparables, en parte por el grosor y retractilidad del tejido cervical, y sobre todo esos remangamientos tan característicos anteriormente citados, indican sin género alguno de duda, no solamente que no son precisas las condiciones que asigna Stolz para la producción de fístulas útero-vesicales, sino que es dificilísimo admitir su origen instrumental, porque los desgarros producidos instrumentalmente ni tendrían un principio tan sistemático en sitio y forma, ni tendrían tampoco su terminación tan característica donde termina la porción retro-pubiana del tabique uro-genital. Por último, si el mecanismo genético de Soltz fuera la regla, las útero-vesicales (cervicales) no serían las fístulas más raras después de las urétero-vaginales. Algo más ve-

Digitized by Google

rosimil es, repetimos, que, efecto de la escasa dilatación por rigidez del cuello, rotura prematura de bolsa, viciación del estrecho superior, hidrocefalia, hipermegalia, etc., se verifique la compresión sin previo descenso. Y no sólo presentándose antes la cabeza, sino viniendo después, como en el caso de hidrocefalia antedicho de Jobert y en el de Da Costa Duarte (*Des fistules genito-urinaires*, etc., pág. 23. París, 1865).

Otro dato interesantísimo que nos facilita la situación de las fístulas es su localización, por decirlo así, constante en su parte media, y ante todo por la frecuencia con que tienden á dirigirse hacia la izquierda. Considerando este hecho como de acción traumática del parto espontáneo, tiene explicación lógica y sencilla por el contacto más intimo que existe en dicha línea entre los aparatos génito-urinarios, y por el sitio de predilección donde la compresión fetal se verifica. La tendencia á dirigirse hacia la izquierda es de tal manera frecuente, que M. G. Simón (*Miffheilungen haus der Chirurgischen Klinik*, etc., pág. 168), en 17 casos, encontró diez fístulas, no sólo con esa dirección, sino francamente laterales izquierdas, cinco en medio y sólo dos á la derecha. Esta situación es de tal manera elocuente, que sabiendo es el occipucio generalmente el responsable de la compresión, esta estadística nos manifiesta la frecuencia de las O. I. I. A., y ante todo nos demuestra sin duda alguna que la compresión fetal es asimismo la responsable de este proceso.

Descienda el occipucio oblicuamente hasta tocar con el plano perineal, ó verifíquese su rotación antes en el plano principal de Veit, es lo cierto que la parte lateral izquierda está más expuesta á sufrir las mayores compresiones, tanto por la forma del occipucio cuanto por la resultante de la energía uterina.

Por el contrario, sería difícil, ó quizá imposible, explicar cómo la acción instrumental podía producir tales localizaciones sistemáticas. Si fuera posible recordar detalladamente la técnica instrumental de cada intervención, y ante todo la del forceps, que, repetimos, es el más incriminado en este concepto, veríamos lo completamente excepcional que sería pudiera vulnerar de esta manera sistemática la parte media, y mucho menos la lateral izquierda. Sabemos, en efecto, que la inmensa mayoría de las aplicaciones se verifican en el sentido transversal de la pelvis; sólo excepcionalmente manos poco ejercitadas se deciden á hacer aplicaciones oblicuas, y por fortuna con menos frecuencia ántero-posteriores. Admitido esto, es inverosimil que á nadie se le ocurra verificar la introducción de las ramas por el segmento anterior, y es inverosimil también que el movimiento en espiral de la segunda rama se exagere tanto y sea tan inconsiderado é incorrecto que llegue precisamente á lesionar la línea media del tabique uro-genital, y precisamente también á la

Digitized by Google

izquierda, cuando generalmente la segunda rama se coloca á la derecha.

Aunque el grosor de la uretra no permite grandes desviaciones de la línea media, Freund (*Kurze Geschichte Urinfisteln*, etc., Breslau, 1862) ha referido heridas laterales efecto de maniobras imprudentes, por lo que si menudearan éstas en la producción de las fístulas sería más frecuente esta localización lateral en las fístulas uretro-vaginales.

Dicha situación lateral conste que rara vez es exagerada, lo que no sucedería si otras intervenciones que las del forceps fuesen las responsables; porque, si bien la separación gradual desde la parte media hacia fuera, y las relaciones anatómicas del conducto genital con el aparato urinario explican ese respeto á las partes francamente laterales por el hecho de la compresión fetal, ese respeto no tendría explicación si la fístula fuera el resultado de un traumatismo operatorio, porque ese espacio almohadillado, digámoslo así, por vasos, nervios y tejido conjuntivo, que son suficientes para defender la pared vesical de los efectos mortificantes de la compresión fetal, no tiene, ni con mucho, grosor suficiente para detener la acción traumática de un instrumento. Es inverosímil, por ejemplo, que un gancho ó una violenta contusión respetase tan débil barrera. Por otra parte, es un hecho de observación que las fístulas altas generalmente están situadas en la parte media, aunque, repetimos, puedan tener tendencia á inclinarse hacia los lados, al paso que las bajas, aquellas que comúnmente corresponden al bajo fondo vesical, cuello de la vejiga y hasta principio de la uretra, *se presentan frecuentemente lateralizadas*. (Fargas: *Ginecología*, tomo I, pág. 372.) El mecanismo de la compresión explica fácilmente tal frecuencia; porque así como en las fístulas altas debe ser el promontorio retropúbico el principal responsable de la acción nefasta de la compresión, en las bajas no sólo puede ser el arcuatun, sino con mayor frecuencia quizá una de las ramas isquio-pubianas.

La mayor rareza todavía de las fístulas urétero-uterinas, vésico-urétero-vaginales y urétero-vaginales de origen obstétrico, nos indica también la escasísima acción que la intervención obstétrica ha de tener en la producción de las fístulas uro-genitales. Esta escasa frecuencia es tal, que Simón sólo consiguió recoger dos casos (Lebond: *Chirurgie Gynecologique*), los que unidos á los de Alquie, Panas, Berard, Languier, Laudan, Winkel, Spielberg, Credé y Fargas, publicados después, son, y no todos de origen obstétrico, los que registra la ciencia, ó á lo menos los únicos de que tengo noticia después de pacientes investigaciones. Es más: la inmensa mayoría de estos casos se refiere á fístulas complicadas, en que la lesión ureteral representaba sólo un factor de lesiones mucho más extensas.

Digitized by Google

Dada la situación de los uréteres á ese nivel; su corto trayecto en las proximidades del útero; su facultad de huir de la compresión, así como las arterias; su dislocación en el momento del parto por la distensión vaginal, etc., se comprende lo rarísimo de su lesión única, puesto que, al parecer, precisa adherencias por parametritis, peri-ureteritis ó ureteritis anteriores, y una elevación típica del cuello al nivel del estrecho superior, ó una estrechez á ese nivel; una asimetría pelviana, ó quizá también condiciones análogas á las significadas por Stolz, para que la lesión pueda producirse por compresión. Repetimos que no nos referimos á los casos complicados de fístulas uretéricas, porque compréndese que una compresión extensa, producida, por ejemplo, por la cabeza de un hidrocéfalo, una viciación pelviana, extensas rasgaduras, la sepsis, etc., puedan interesar estos conductos produciendo otras lesiones. Se concibe también que, cicatrizadas estas lesiones, pueda quedar sólo la uretérica.

Los dos casos de Simón (*Deutche Klinik*, 1866, núm. 3) se refieren: el primero, á una mujer de treinta y cuatro años, quinto parto, forceps. La fístula se observaba en el fondo derecho de la vagina, á 15 milímetros de la porción vaginal del cuello. En el segundo, se trata igualmente de una multípara, cuyo parto fué terminado por forceps, así como en los casos de Alquie y Panas. Existen otros dos casos de Spielberg, muy poco conocidos, hasta que fueron indicados por Puech (*Annales de Gynecologie*, 1877).

El primero, aunque no es de origen obstétrico, es muy interesante para nuestro objeto, por lo que nos vamos á permitir extractarle. «Se trataba de una multípara que, padeciendo un prolapso uterino, se colocó una comadrona un enorme pesario que ocasionó grandes dolores, y cuya extracción fué tan difícil *que exigió una aplicación de forceps*, produciéndose inmediatamente después de su extracción derrame de orina por la vagina. Examinada esta mujer, presentaba en el fondo de saco vaginal izquierdo, y un poco por detrás, un hundimiento en forma de plato ovalado, con su mayor diámetro dirigido de fuera adentro; en el centro de ese hundimiento se abrían dos conductos: uno dirigido arriba y afuera, por el que se podía introducir un catéter que penetraba de 25 á 30 centímetros, y otro, por el que introducido el catéter, tropezaba con otro colocado por la uretra.» La situación y caracteres de esta fístula eran tales, que Spielberg no duda en admitirla como originada por una gangrena producida por la compresión del pesario. Por otra parte, es inadmisible, dada la situación de la fístula en la parte más profunda de la cúpula que produjo el pesario, que el forceps produjera tal lesión á ese nivel. Como se ve, esta historia es muy instructiva para los que ligera y calumniosamente juzgan al forceps. El derrame inmediato de orina, después de su aplicación, la asigna, al parecer, un origen instru-

Digitized by Google

mental, al paso que su génesis y caracteres demuestran, indudablemente, su origen por compresión y gangrena. Si este caso fuere obstétrico, sería uno más acumulado injustamente á los cargos del forceps.

El segundo caso de Spielberg es también muy interesante, porque demuestra el papel que en las génesis de estas fístulas juega la rasgadura, y al propio tiempo lo complejo que es juzgar por la fecha de aparición del derrame la causa del proceso. «Se refiere á una mujer de cuarenta y dos años, segundo parto, pelvis aplanada, con puerperio febril, en la que cuatro ó seis semanas después del parto se manifestó la fístula. En dicha mujer se observaba la porción vaginal del cuello corta, orificio transversal dirigido hacia la izquierda y fijo á la pared pelviana por un cordón. A un centímetro del ángulo izquierdo de la rasgadura se percibía un orificio del tamaño de una lenteja, con bordes en forma de rodete, por el que fluía la orina». En este caso, por la época tardía de la aparición de la fístula y por los signos de una parametritis, es indudable que el proceso fué más séptico que traumático. Análogo es el caso de Credé, aunque en éste la aparición de la fístula no fué tan tardía. «Parto laborioso, aplicación de forceps, salida de pus á los doce días y establecimiento de la fístula».

Nos hemos detenido quizá más de lo que debiéramos, y nos detendríamos con gusto, indicando las restantes observaciones de fístulas uretéricas, porque al parecer, dada la dificultad que existe para que el uréter sea lesionado en el corto trayecto preciso para el establecimiento de una de estas fístulas, y dada también la coincidencia de que todas ellas han sobrevenido á partos intervenidos mediante el forceps, parecen dar la razón á los detractores de la intervención; pero por la simple lectura de los extractos citados, hemos podido convencernos que el forceps no ha intervenido en su producción ó, á lo menos, como agente traumático productor inmediato de la fístula.

Por el contrario, si la intervención tuviere la responsabilidad que se pretende, estas fístulas distarían de ser tan raras, pues tanto por acompañarse frecuentemente de rasgaduras, cuanto por la situación lateral y diagonal de los uréteres, están éstos mucho más expuestos á sufrir los insultos instrumentales, de los que no podrían escapar con la facilidad que escapan á la compresión fetal.

Otras localizaciones más excepcionales se pueden encontrar cuando las consecuencias patológicas son el resultado de procesos sépticos.

Es esencialísimo mencionar alguna de las escasas observaciones que la ciencia registra, siquiera no sea nada más que para demostrar la variada patogenia que tiene la lesión que nos ocupa, y, por

Digitized by Google

tanto, para demostrar también la ligereza imperdonable con que se ha culpado á la intervención, sin tener en cuenta los diversos efectos que ésta puede tener, pues así como varía su acción, siendo útil ó perniciosa, según se aplique correcta ó incorrectamente, así varía también según se aplique *limpia* ó *suciamente*. El conocimiento más perfecto que hoy tenemos de los estragos y consecuencias de la sepsis nos demuestra con evidencia cómo estaba el enemigo muchas veces donde menos podían figurarse los antiguos prácticos. Alguien ha dicho, con razón sobrada, que *más perjuicios origina un operador sucio, por hábiles manos que tenga, que otro limpio, aunque sea brutal*; y este axioma quirúrgico tiene aplicación especialísima en obstetricia. La sepsis es la responsable directa en muchos casos de este proceso, exista ó no intervención. Es más: hoy es indiscutible que la duración del parto está en razón directa con el peligro de infección.

Claro está que en parto artificial el peligro será mayor; pero si imperdonables son ciertas transgresiones instrumentales, más imperdonables son todavía, si cabe, el descuido y abandono de las leyes de la asepsia.

Debe necesitarse una violenta separación de tejidos ó un magullamiento exagerado para que las energías restauradoras del organismo no puedan reparar los destrozos traumáticos si la sepsis no interviene en el proceso. En ocasiones, ésta no obra principalmente, digámosio así, como causa coadyuvante, sino como causa productora, de tal manera que puede complicar nuestro problema, prescindiendo en este caso de aquellas lesiones insignificantes, secuelas inseparables á casi todos los partos. Cabe en lo posible que una distocia convenientemente dirigida é intervenida hábil y oportunamente, pero con instrumentos sucios ú operador séptico, dé lugar á fístula por el proceso séptico de traumatismos originados por el parto.

Respecto á las múltiples y complejas lesiones, no ya en parto intervenido, sino en espontáneo, á que puede dar lugar los estragos de la sepsis, podemos formarnos idea por el siguiente caso de Schlem, citado en la *Gazzette Médicale* de París, pág. 40, 1837: «Mujer de veintisiete años, primípara; parto espontáneo que duró muchas horas; poco tiempo después irritación de la vejiga, dolores en el hipogastrio, fiebre, delirio, etc., y procidencia vesical; dolores vivísimos al orinar, hasta el punto que se sospechó la existencia de un cálculo. Sigue después la micción dolorosa y frecuente, no siendo posible afirmar el diagnóstico, á pesar de haberla visto todas las celebridades médicas de Londres en aquella época: Brodie, Clarke, Merimam, Blundel y Röe. Poco tiempo después salida de gases por la uretra, seguida de emisión de heces fecales con la orina. *Autopsia:*

Digitized by Google

adherencias de los intestinos á las paredes abdominales, y principalmente al hipogastrio; epiplon ulcerado é igualmente adherente; serosidad purulenta en la cavidad abdominal; útero sano; ovario derecho ulcerado, con colección purulenta en su interior; fuertes adherencias de estos órganos entre sí; vejiga con paredes adelgazadas, estando cubierta su mucosa en el bajo fondo de adherencias negruzcas, y existiendo en este punto una abertura que comunica con la vagina, presentando asimismo el recto en su parte superior otra abertura que comunica con dicho conducto. No se citan dimensiones, pero debían ser muy pequeñas, puesto que no se dice existiese salida anormal de heces fecales ni orina. Por último: trayecto fistuloso que, partiendo del lado izquierdo del recto y extendiéndose hasta el fondo del útero, terminaba en el ovario enfermo, y comunicación de este ovario ulcerado con la vejiga y con dicho trayecto». Como se ve, este debió ser un hecho vulgar de pelvi-peritonitis con consecuencias oscuras para su diagnóstico en aquella época, pero clarísimas ahora para evidenciar la compleja causística de esta cuestión y, ante todo, la posible variabilidad de sus localizaciones. Así como es muy frecuente abrirse una colección purulenta de origen para ó peri-metrítico en el recto, tramo intestinal ó vagina, es poco frecuente abrirse en ésta perforando antes la vejiga. Su abertura en el útero la negaban antes rotundamente Vidal de Casis y Marechal. (*Thèse d'agregation de Calvi*, 1844, pág. 136.) La frecuencia de la abertura en el recto, fué Nélaton el primero que la indicó; pero la verificada en la vejiga es tan rara, que al decir de Bermüzt (Clinique des maladies des femmes, 1851), no se conocía sino un solo hecho relatado sumariamente en la Sociedad Anatómica de París (sesión de 22 de Febrero de 1861).

Para corroborar el importantísimo papel que juega la sepsis en en este proceso, no necesitamos sino recordar el interesante caso de Paul Dubois, en el cual se originó la fístula á consecuencia de una esponja colocada para provocar el parto prematuro. No es preciso, por lo tanto, que el proceso séptico interese el parametrio extensamente para originar la comunicación anormal; por el contrario, las lesiones superficiales, aquellas en que la sepsis ataca, digámoslo así, por imbibición celular, deben estar más expuestas que aquellas en que el agente séptico se traslada con el intermedio de linfáticos ó venas.

Vemos, pues, cómo la sepsis puede influir en las localizaciones excepcionales de las fístulas, con ó sin compresión, en el parto normal.

Así como las variaciones que experimenta la situación del tabique uro-genital por múltiples causas, pueden hacer variar la localización de las fístulas, así también la conformación pelviana, la obli-

Digitized by Google

cuidad de la cabeza en el momento de la agresión, el punto sobre el cual se verifica la compresión fetal, los destrozos causados por el arrastramiento, la influencia de la cicatrización, etc., etc., hacen variar la *forma y dirección* que adoptan las fístulas. Aun así, algunos valiosos datos nos facilita este elemento en pro de nuestro criterio.

Ante todo, admiten los tratadistas, desde Dieffenbach, que predomina la forma redondeada para las pequeñas y la oval para las grandes.

Como excepcionales, se han descrito fístulas en T, en forma de corazón, de raqueta, de herradura y en V; y entre estas excepcionales formas son características las yuxta-cervicales en V ó herradura. Estas formas nos dicen algo respecto á su origen, porque si fueren producidas por la acción dislacerante de un instrumento, por mucho que las deformase la retracción cicatricial, siempre conservarían una forma más ó menos irregular, como lo prueba que algunas la adoptan excepcionalmente y lo demuestra, ante todo, la lectura de las observaciones que Deroubaix menciona como forma mal determinada (op. cit., pág. 336).

En la primera la fístula ocurrió en parto que duró dos días, con dos aplicaciones de forceps por dos prácticos diferentes, verificada sin vaciar recto ni vejiga, y que produjeron la separación muy extensa de la sínfisis pubiana. En la observación 19.ª el parto duró también dos días; el práctico aplicó la palanca durante hora y media, refiriendo la paciente que durante la operación sentía chocar el instrumento con la pared anterior de la vagina. A los dos días otro práctico extrajo el niño con el forceps. En la observación 24.ª se trataba de una raquítica, cuyo parto duró asimismo dos días; se aplicó el forceps, sin que á pesar de grandes esfuerzos fuera posible movilizar la cabeza, por lo que se la dividió en varios trozos, logrando así extraer el feto.

Por la simple lectura de estos extractos, se ve que en estas observaciones pueden inculparse con fundamento á transgresiones operatorias indudables.

La forma en V ó en herradura, que son las que predominan entre las excepcionales, sólo se presentan en las vésico-útero-vaginales superficiales, y tienen, por tanto, como característica su situación en el fondo de saco anterior. En éstas, así como se explica perfectamente su génesis por la acción de la cabeza obrando sobre el labio posterior del borde superior del pubis, aunque cabe en lo posible que, efecto de la configuración de su cara posterior, dé también lugar á dicha forma la compresión ejercida en ese punto, sería de difícil explicación por el acto operatorio, pues si un instrumento obrara por perforación en esa extensión transversal, fácil sería concebir

Digitized by Google

que su acción no se limitaría á la acción de la fístula; y si obrara por rasgadura, su forma indudablemente sería oblicua ó longitudinal. Además, no hay instrumento obstétrico que pueda adaptarse á la forma de estas fístulas. Tanto la fístula en V como la típica en herradura, también descrita por Jobert, tienen un carácter que excluye toda intervención, cual es la situación de su ángulo ó convexidad en su parte anterior, siendo evidente que si su origen fuera operatorio, la situación de la parte más estrecha de la lesión sería inversa. La forma en T invertida es asimismo muy demostrativa, evidenciándonos el papel que la rasgadura en el cuello y la compresión en la vagina juegan en este proceso, y lo imposible de admitir el origen instrumental en forma tan típica.

También es muy elocuente la *dirección*, que generalmente, como hemos dicho, es transversal. Esta dirección, significada ya por Colombat, es igualmente de tan fácil explicación admitiendo el origen distócico, como difícil de explicar por la acción instrumental. En efecto: dada la conformación de la pelvis, se comprende que el sentido en que se ejerce la compresión fetal es transversalmente, dependiendo su dirección más ó menos oblicua de la oblicuidad mayor ó menor que adoptase la cabeza en el momento de la agresión, pero sin llegar nunca á la dirección ántero-posterior, que indudablemente sería la que predominaría si predominasen las fístulas de origen instrumental. Y de tal manera la zona de compresión es transversal, que hoy se admite sin discusión el papel que juega la llamada *cintura de contacto ó ecuador de presentación*, en la progresión del feto á modo de émbolo á través de la hilera genital. Así, pues, esa dirección transversal admitida por todos los pocos tratadistas que se han ocupado del asunto, repetimos que es muy elocuente, puesto que todas las lesiones producidas sin duda alguna por transgresiones operatorias, adoptan generalmente la dirección longitudinal. Es suficiente recordar la técnica operatoria para comprender que así suceda, pues aun suponiendo que la acción vulnerante obrando en dirección curvilínea en un movimiento en espiral exagerado y violento, por ejemplo, ó una rotación interna instrumental mal efectuada, más factible es suponer que esas inconsideradas intervenciones dieran por resultado lesiones longitudinales, por la forma y dirección en que actúa el agente vulnerante ó coger pliegues de las partes maternas. Nada tenemos que decir de los escapes de forceps ó gancho, así como de la lesión que puede originar el apoyo de la palanca ó los mangos del forceps ó el surco de deslizamiento del borde de las cucharas en mala presa, O. F., etc., etc. En todas ellas se impone la dirección longitudinal, y sólo puede admitirse la transversal, en la horrible lesión que resultará introduciendo un instrumento romo y plano como el forceps ó la palanca á

Digitized by Google

través de un fondo de saco, ó en una rotura de las inserciones vaginales violentando la penetración de la mano ó un instrumento sin sujetar el fondo uterino.

Por otra parte, la dirección longitudinal no excluye el origen distócico, y en este sentido es digno de mención el caso que entre otros refiere Deroubaix (op. cit., pág. 673). «Se trata de un parto gemelar, en el que el primer niño se presentó de nalgas; el segundo, de tronco, y aun haciendo violentas tracciones, estuvo detenido y encajado durante siete horas, repitiéndose esas tracciones después de tentativas inútiles de versión durante tres horas.» Basta suponer la forma que aquí debía tener la parte fetal comprimente para explicarse satisfactoriamente esa dirección. El agente que por lo general verifica la compresión en los troncos es la clavícula, la que con frecuencia se fractura (Riether: *Presse Médicale,* 16-8-902). He tenido ocasión de observar claramente la dirección longitudinal en un caso de tronco abandonado en que practiqué una embriotomía *subcutánea* en absoluto. Una vez rehecho el cuello, se apreciaba una verdadera hendidura longitudinal en su parte media anterior, que por fortuna no dió lugar á fístula. En este caso, el hecho de verificar la evisceración y raquiotomía subcutáneamente, y la versión después con facilidad sorprendente, me evidenció que tal lesión se produjo por la persistencia de la compresión ó por las tracciones ejecutadas antes de mi llegada.

Respecto al tamaño, las fístulas vésico-vaginales son las que pueden ofrecer más variadas dimensiones. Ha sido objeto de discusión sostenida, y todavía no se sabe ciertamente, la patogenia de ciertas fistulitas pequeñas. Dieffenbach (*Medic. Zeitung*, etc., Berlín, 1836; núms. 24 y 25) suponía que esos pequeños orificios dependían del aplastamiento de algún folículo mucoso dilatado durante el paso de la cabeza. Otros autores creen más bien, considerando la extrema rareza de glándulas en la vagina, que son producidas por la supuración de pequeñas sufusiones sanguíneas, y esto es tanto más verosímil cuanto que no es raro observar en estas fistulitas un trayecto análogo al de los abscesos emigrantes; pero sea cualquiera su génesis, no es lesión que nos interesa, pues dada su pequeñez y verosímil patogenia, tan difícil es asignarla un origen distócico como instrumental.

Asimismo, en las fístulas de gran tamaño, si comparamos dos casos típicos, por ejemplo, el de Mme. La Chapelle, que citaremos, en el cual, en parto espontáneo, por rigidez del periné coexistente con repleción de recto y vejiga, estallaron estos dos reservorios, más el útero, con el caso de Swett (*Arch. gen. de Med.*, 1844; 2.ª serie, tomo VI, pág. 273), en el que, á consecuencia de una aplicación de forceps *mal construído* y *en malas manos*, se desprendió espontá-

Digitized by Google

neamente el útero á los quince días del parto, y en el acto del desprendimiento colgaba el recto fuera de la vulva, apreciaremos la posibilidad de extensas lesiones por ambos órdenes de causas. Excusamos decir la influencia que en esta diversidad de extensión de la fístula tiene el grosor del *septum* uro-genital, tan congestionado é infiltrado durante el embarazo, la forma de las superficies comprimentes, el tiempo y energía de la compresión, etc., etc. Buenos ejemplos son el de Jobert (Saint-Louis), Monteros (*Essai sur les traitements des fistules*. París, 1864): cabeza enclavada durante tres días; fístula de seis centímetros. Otra de Jobert (de Lamballe), Monteros (loc. cit., Tableau núm. 8): trabajo muy difícil; cornezuelo de centeno; fístula de ocho centímetros.

Aun dada su variabilidad, este elemento nos facilita algún dato para defender nuestro criterio, puesto que, según la estadística de Emmet, del análisis de 161 casos resulta que las fístulas consecutivas á parto espontáneo necesitaron mayor tiempo de curación y mayor número de intervenciones que las consecutivas á parto instrumental, aun teniendo en cuenta que en las aplicaciones de forceps la lentitud del parto fué mayor. Esto nos indica que, en caso de intervención, las lesiones parecen ser no sólo más reparables, sino que su influencia en los estragos causados por la abstención no sólo es también menos perniciosa, sino que al parecer favorece la reparación de las lesiones causadas por lá compresión fetal.

La razón de este hecho, paradójico al parecer, se explica por la modificación que indudablemente deben sufrir los bordes de la lesión mediante la acción instrumental. La influencia que tiene el estado de esos bordes en la curación espontánea de las fístulas ha sido estudiada por Bouquet, Monteros, Deroubaix, Sardau, etc. (ops. cits.), y de esos detenidos estudios resulta que si la fístula se origina por compresión persistente, la reunión espontánea, y tal vez la artificial, es difícil; si, por el contrario, se produce mediante contusión brusca, como las que pueden ocasionar la palanca ó el forceps, existen grandes probabilidades de curación espontánea; y por último, si se producen por incisión, la curación espontánea es la regla.

En los cinco casos de curación espontánea mencionados por Monteros (loc. cit.), que son los únicos en que se indica la dirección, tres fístulas eran longitudinales, lo que corrobora lo que venimos exponiendo. Si bien se admite también que la separación de los bordes es menor en las longitudinales, es más lógico suponer que en ellas la pérdida de sustancia y la mortificación es menor. Aunque estas afirmaciones no puedan ser absolutas, no por eso es menos lógico admitir que en el mayor número de casos se verifique así; porque prescindiendo de la extensión de la pérdida de sustancia, indudablemente esa zona medio mortificada que ya hemos mencionado, y

Digitized by Google

que es, en realidad, la que opone mayores obstáculos á la reunión inmediata, tiene que ser modificada necesariamente en sentido favorable por la acción instrumental. Y no se diga que la acción de los loquios ó de la orina es la que impide la curación espontánea; porque si bien esta funesta acción era admitida desde Galeno y Pablo de Egina, J. L. Petit, y más modernamente Gerdy (Acad. de Méd. de París, 27 Mars 1838), Jurghen, de Berlín (*Deutche Klinik*, 1850, página 95), Stromeller (*Uber blasen Scheidenfisteln*) y Giordano, de Turín (*De la perdita involuntaria d'orina per fistola genito-orinaria*), y parece estar justificada por los efectos perniciosos que origina la orina cuando se vierte en la trama de los tejidos, hoy se tiene por un verdadero error esta creencia. Mediante las experiencias clínicas y razonamientos de Verneuil (*Arch. gen. de Méd.*, 1858), así como por los estudios de Simón (*Uber die operat*, etc., Rostok, 1872, pág. 103), y el detenido análisis de Deroubaix (op. cit.), se sabe que no solamente la orina y los loquios no impiden ni retrasan la cicatrización, como se observa respecto de estos últimos en la rápida restauración de las lesiones perineales de origen obstétrico, sino que algunos llegan á asegurar, como Amabile (*La fistola vesico-vaginale*, pág. 171), que antes bien que perjudicarla, favorece la cicatrización estimulándola. Igual criterio sustentaba Duparcque (op. cit., pág. 332). Aunque no se admita en absoluto la acción local indiferente, y mucho menos benéfica, de la orina, esa acción no es suficiente para explicar la relativa rareza de la curación espontánea. Aun dada la escasa frecuencia de las fístulas, producidas sin duda alguna por agentes traumáticos ajenos á la intervención obstétrica, admira la facilidad con que se verifica la curación espontánea en ellas; y, por el contrario, verificándose esta curación también en fístulas de origen obstétrico, no por eso deja de ser excepcional tan feliz terminación, por lo que lógicamente hemos de suponer como excepcional también la acción instrumental como origen de las fístulas.

Aunque hemos dicho que las fístulas más extensas lo mismo pueden tener lugar á consecuencia de parto espontáneo que de parto intervenido, es curioso observar que en los casos en que excepcionalmente se cita la causa de una manera algo detallada, como en las observaciones dichas de Mme. La Chapelle, Deroubaix, etc., casi siempre coincida un estado de plenitud de la vejiga ó de vejiga y recto. Pero como quiera que, con ser tan importantísima esta causa, no es tan eficiente como la de la compresión fetal, la que, claro está, es indispensable, resulta que aun siendo posible estos enormes destrozos por el factor indicado, por la posible compresión extensa de la cabeza, por su adaptación al segmento anterior pelviano, por la persistencia de la compresión ó por el remangamiento del labio an-

Digitized by Google

terior de la lesión, no son tan raras estas enormes pérdidas de sustancia. Por el contrario, si menudease la acción instrumental, la enormidad de las fístulas sería relativamente menos frecuente, porque prescindiendo de la lesión limitada, que puede causar un escape de forceps, por ejemplo, si consideramos el modo de acción de las potentes armas obstétricas mal manejadas, fácil es comprender que en sus transgresiones, aunque produzcan grandes destrozos, son más fácilmente reparables.

Es un argumento también de gran valor para nosotros los caracteres que asigna Jobert (loc. cit., pág. 56) á las cérvico-vesicales. Aunque este autor admite que el manejo inconsiderado de instrumentos puede ser también la causa, su mismo relato le rectifica; pues en los tres casos que cita, si bien los tres fueron intervenidos, la distocia por hidrocefalia una vez, y por hipermegalia las otras dos, explican superabundantemente la producción de la fístula y su extensión.

No nos auxilia gran cosa para nuestra demostración *el número de las fístulas*, y, no obstante, no es un dato despreciable. Es indudable que la inmensa mayoría de las observaciones se refieren á una sola; es indudable también que el parto por sí puede producir fístulas múltiples, ya por verificarse la compresión fetal sobre un pliegue de las partes blandas de la madre, ó ya, lo que debe ser más frecuente, por efectuarse esta compresión en distintos puntos de la hilera genital, bien por efecto de su conformación ósea, ó bien porque la estrechez que origina la compresión en el estrecho superior coexista, como frecuentemente ocurre, con rigideces ó atresias de las partes blandas de la parte inferior del tramo genital. Claro está que en el mayor número de ocasiones la multiplicidad no es primitiva, sino consecutiva á adherencias parciales. Así se observa en el caso de Simón (loc. cit.). Cabeza enclavada durante dos días en la excavación; forceps; desprendimiento de la escara á los catorce días; fístula vésico-vaginal muy extensa, con soldadura consecutiva de la vagina en forma de puente, en el cual se observan tres aberturas por las que sale la orina.

Ahora bien: en toda intervención obstétrica penosa, es la regla que se verifiquen, no una, sino por desgracia repetidas tentativas, y sería rarísimo que á la primera tentativa vulnerante no siguieran otras asimismo vulnerantes, siquiera sea por aquello de que *el que hace un cesto*... Es así que dicha multiplicidad constituye la excepción; luego este elemento anatomo-patológico contribuye á corroborar que el papel de la intervención en este proceso debe ser excepcional también.

Otro dato de relativa importancia respecto al número de las fístulas es que éstas, cuando son múltiples, generalmente están coloca-

Digitized by Google

«las en serie; cuya particularidad se explica mejor por la acción distócica que por la reiterada de diversos traumatismos. Esto no es negar que una contusión en un escape de forceps, por ejemplo, cuando coge pliegues del *septum*, no pueda producir este efecto; pero por lo general creemos que en este sentido la acción vulnerante instrumental, ó es enorme, en cuyo caso la multiplicidad primitiva es difícil, y por tanto la situación de las variadas fístulas producidas por adherencias tiene que ser irregular, ó esa multiplicidad ha de ser originada por la repetición de actos traumáticos, en cuyo caso también debe ser irregular.

Mediante estas consideraciones acerca de los datos anatomo-patológicos que nos proporcionan las fístulas uro-genitales de origen obstétrico, podemos deducir que, si bien cada uno de ellos aislados no nos proporcionan el necesario convencimiento respecto á la nula participación que puedan tener las maniobras obstétricas correctas como origen de fístulas, todos ellos reunidos se complementan de tal modo que permiten defender el criterio que venimos sustentando. Y ese valor sería mucho mayor si pusiéramos en relación dichos caracteres con la técnica de cada intervención obstétrica. En ocasiones es difícil, mediante el análisis de los datos anatomo-patológicos, decidir cuál ha podido ser la causa. En este sentido interesa la observación que figura en el tomo I, núm. 48, de la *Union Médicale*. «Parto lentísimo, que necesita cefalotripsia; ocho días después salida de una escara de la forma y tamaño de una almendra, seguida de inundación de orina; fístula á cuatro centímetros del meato, algo á la izquierda y en dirección longitudinal, de seis centímetros de extensión y cuyos bordes tienen la apariencia de cortantes, formando las paredes de la vejiga hernia á su través». Como se ve, la extensión, la dirección y la naturaleza de los bordes hablan en este caso en favor de su origen instrumental; y sin embargo, la caída tardía de la escara, la forma y dimensiones de ésta y su situación á la izquierda, permiten asegurar, sin temor de equivocarnos, su origen distócico.

En ocasiones también hasta los antecedentes parecen complacerse en inculpar á la intervención. Véase el caso de Jobert (*Union Médicale*, tomo IV, pág. 572), que así lo demuestra, y en el que, como en casi todos, es lástima no se expongan detalles que nos permitan juzgar la causa. «Mujer que en ocho años de matrimonio ha tenido siete hijos, cuyos partos fueron tan laboriosos que cinco nacieron muertos y sólo dos niñas, en las que el parto fué más fácil, vivieron; los puerperios no fueron normales en general. En ningún parto se intervino instrumentalmente. El último, penoso como la mayor parte, se terminó mediante aplicaciones de forceps, dando lugar á fístula y verificándose al derrame anormal de orina á los

Digitized by Google

pocos días». En esta mujer, cualquiera qué juzgue ligeramente, basta el resultado satisfactorio, por lo que á esta afección se refiere, en sus múltiples partos laboriosos, y coincidir el último con la aplicación de forceps y establecimiento de la fístula, para incriminar á este instrumento; pero teniendo solamente en cuenta el único dato que cita la historia sobre época de caída de la escara, da lugar á sospechar, con sobrado fundamento, que el origen fué distócico.

Para terminar esta parte de nuestro trabajo vamos á exponer los resultados de la estadística y la opinión de los principales tratadistas en esta materia, con objeto de aducir los argumentos que nos faciliten en pro de nuestro criterio.

Somos deudores á Emmet de profunda gratitud por haber sido el primero, y quizá el único, que ha procurado, mediante concienzuda y razonada estadística, demostrar la escasa ó nula responsabilidad que corresponde á la intervención en la génesis de las fístulas urogenitales de origen obstétrico. No podemos dispensarnos, por lo tanto, de comentar los cuadros que figuran en su estadística, ajustándonos cuanto nos sea posible á sus manifestaciones, porque sería imperdonable suprimir lo más esencial de tan interesante estudio.

En el Congreso anual celebrado en Filadelfia en Septiembre de 1868 por la Sociedad de Ginecología de la misma, presentó Emmet una Memoria fundada en el análisis de 161 casos de fístula uro-genital de origen obstétrico, de cuyos resultados deducía que la lentitud del parto y el estado de plenitud de la vejiga son las causas esenciales y, por tanto, principalmente responsables de tal lesión. Nadie se levantó entonces á sostener opinión contraria, y nadie, que yo sepa, desde entonces ha refutado, razonada ni razonablemente, tal opinión. Antes bien, figuras tan respetables en Ginecología como Smith, de Filadelfia; Wilson, de Baltimore; Perouse, John, Atlée, Storer y White, aceptaron, comprobaron y corroboraron en dicha sesión las interesantes observaciones de Emmet.

De ellas resulta que la mitad, próximamente, de las 161 fístulas corresponde á un primer parto, siendo tanto menor la probabilidad de sufrir fístulas cuanto mayor es el número de partos. La duración del trabajo, á partir de la rotura de la bolsa (tiempo que Emmet considera con razón como el menos expuesto á errores), fué, por término medio, de cincuenta y ocho horas, siendo mayor la que corresponde á un primer parto. La edad media fué de treinta y uno á treinta y tres años, de donde se deduce que esta lesión ataca con más frecuencia á las jóvenes. La edad en que se verificó el matrimonio, en total es general; pero si se refiere á las consecutivas á un primer parto, resulta mayor, por lo que las primíparas viejas están más expuestas. Gran parte de estas mujeres quedaron estériles, puesto que no tuvieron después sino 16 hijos y algunos abortos; así

Digitized by Google

que, teniendo en cuenta el número de los que nacieron antes de la lesión, debe admitirse, como era natural suponer, que las fístulas producen casi siempre esterilidad. En el cuadro LIV se ve que el 40,19 por 100 son consecutivas á aplicación de forceps, pero en los partos que la exigieron la duración media fué de 68,55 horas; luego el parto fué mucho más lento que en las que parieron espontáneamente ó por otro medio. Sólo hay una excepción en los terminados mediante tracciones, la cual depende, á no dudar, del pequeño número de partos que figuran en la estadística, en la que se incluyen aquellos en los que las tracciones se verificaron después de la salida de la cabeza y cesación de los dolores. Señala Emmet sólo dos únicas excepciones á la lentitud; en ellas se produjo la fístula á consecuencia de parto rápido; pero á pesar de ser el número tan escaso, nos demuestra que no es la compresión exclusivamente la causa de la fístula consecutiva á parto espontáneo, así como tampoco lo es en absoluto la primiparidad y la conformación pelviana, porque en algunas mujeres se produjo la fístula á consecuencia de su décimo ó décimotercer parto. Fácil es admitir esto cuando ya hemos indicado la variada génesis de las fístulas, así como indicaremos que la hipermegalia, desviaciones uterinas, posiciones viciosas, etc., facilitadas por la multiparidad, constituyen causa predisponente de este proceso.

De la información de Emmet se desprende que en la mayor parte de los casos no se habían recibido auxilios médicos, ó, á lo menos, solamente en el momento que se solicitaron para intervenir. No obstante, reconoce que en muchos casos hubo negligencia imperdonable ó ignorancia en la asistencia médica. En más de la mitad de observaciones se olvidó vaciar la vejiga, lo que, retrasando la marcha del parto—dice Emmet,—ha sido una causa indirecta de fístula. Según el testimonio de las mujeres, si se tiene en cuenta la negligencia que hubo en servirse de la sonda antes de la intervención en los partos que la necesitaron, fué notable, por lo que esta causa debe ser eficaz en los partos intervenidos.

En el cuadro LVI figura que en el 20,24 por 100 solamente, la orina salió por la fístula en el momento del parto; en el 40,93 por 100, largo tiempo después; y en el 29,82 por 100, no se menciona. En 70 casos el desprendimiento de la escara se verificó después de diez días. Así, pues, la duración media del tiempo transcurrido antes de la aparición de la escara es tan largo, que es muy probable que en gran número de casos la causa eficaz que la determina tenga su origen en la distensión exagerada de la vejiga. Tal importancia da Emmet al estado de este reservorio, que aconseja, si fuera imposible el cateterismo por el excesivo encajamiento de la cabeza, una vez aplicado el forceps, levantarla con su auxilio para permi-

Digitized by Google

tirle; y si aun así no fuere posible, verificar la punción supra-pubiana. Dicha punción debe verificarse en el parto espontáneo, si es necesaria, no sólo porque el espacio que se gana suele ser muy útil, sino porque la distensión de la vejiga retrasa y, en ocasiones, detiene el parto.

Demuestra Emmet en el cuadro LVII que en el parto en que se ha intervenido la intervención tiene poca influencia en la producción de la fístula. A primera vista parece que la extensión de la lesión está relacionada con la duración del parto, siendo en general mayor dicha extensión, á juzgar por el tiempo transcurrido en su curación, en los terminados espontáneamente que en los intervenidos. Pero se observa un dato curioso de gran valor para nosotros, y que ya hemos mencionado. En los terminados con el forceps, el tiempo empleado en la curación fué menor, á pesar de ser más larga la duración del parto, lo que, repetimos, demuestra que la intervención, antes que perjudicial en este caso, es beneficiosa.

Un hecho de gran importancia médico-legal, puesto que en él se han fundado los tribunales en algún caso para acusar de torpeza al médico y, por tanto, para exigirle la responsabilidad consiguiente, repetimos, es cuando la orina se vierte en el mismo momento del parto. Según Emmet, es suficiente el enclavamiento de la cabeza durante media hora para que la escara se produzca y pueda desprenderse inmediatamente después de la salida del niño. Insiste el autor, diciendo que no ha encontrado una sola fístula en la que pueda culparse de un modo indudable á la intervención, puesto que en todas ellas bastaba la lentitud del parto para explicar su origen. Asegura tan respetable autoridad que mientras la cabeza retroçede después de cada contracción no hay peligro alguno para la madre. El peligro principia cuando la cabeza está estacionada; pero no hay que confundir esta detención con la que la cabeza experimenta cuando ha sobrepasado el cuello y quedan retenidos los hombros por él durante algún tiempo. En ese momento, aunque está baja, no ha llegado al estrecho inferior, por lo que no está en condiciones de producirse la lesión. Al parecer, Emmet acepta sin discusión las discutibles ideas de Stolz. No así las de la mayor parte de los autores al señalar el límite de dos horas ó más, como tiempo de espectación máximo y lícito; pues el autor, aunque no pretende establecer regla fija, cree que el peligro principia á la media hora de tocar la cabeza el suelo pelviano, si ésta no retrocede. Por lo tanto, asegura que el que intervenga, siquiera sea de una manera algo anticipada, causará muchos menos destrozos que el que espere la terminación espontánea del parto.

En el cuadro LVIII demuestra de una manera muy precisa que la duración media del tratamiento ha sido mayor en las fístulas

Digitized by Google

ocasionadas en parto espontáneo; teniendo en cuenta, además, que la lentitud del trabajo ha sido mayor en los partos intervenidos, por lo que volvemos á insistir en que los destrozos eran mayores en el parto espontáneo. Más elocuente es, si cabe, en este sentido el cuadro LIX, que no comprende los casos en que se dió el cornezuelo, ni en los que se abandonó el parto á los esfuerzos de la naturaleza, ni aquellos en que no se ha significado el modo del parto. En él figuran 110 mujeres, en las que el parto terminó artificialmente; figura también el número de semanas que ha durado el tratamiento. La duración media de éste para 100 mujeres curadas ha sido 15,24 semanas; y para el número total, sin tener en cuenta el resultado, ha sido 15,48 semanas. Si se ve nuevamente el cuadro LVIII, se observa que la duración media del trabajo para las mujeres que han sido curadas después de haber parido por los solos esfuerzos de la naturaleza ha sido 19,63 semanas, y de 21,37 para todas las tratadas con ó sin curación de su fístula consecutiva á parto espontáneo. Las mujeres, pues, que han parido por los solos esfuerzos de la naturaleza, han necesitado, por lo tanto, seis semanas más, próximamente, que aquellas en que terminó su parto con la intervención del arte.

Aunque el número de mujeres que han parido bajo la acción del cornezuelo es muy pequeño, como se puede observar en el cuadro LVIII, y, por tanto, los términos medios obtenidos en estos casos no sean de gran valor, no dejan de tener importancia, pues nos permite observar que si existe un peligro grande dejando abandonado el parto á los solos recursos naturales, todavía es mayor cuando se emplea el cornezuelo. Los seis casos tratados por el cornezuelo han necesitado por término medio 34 semanas, lo que contrasta exageradamente con las 15 semanas que necesitaron los que terminaron artificialmente. De otra manera: las pacientes á las que se las ha administrado el cornezuelo han estado en tratamiento durante cinco meses más que las que han parido de un modo espontáneo, y tres meses más que las que parieron artificialmente.

Por último, sienta Emmet la siguiente categórica afirmación: «*La fístula vésico-vaginal no puede sobrevenir á consecuencia de una escara, si se termina el parto artificialmente en el momento en que la cabeza no retrocede después de cada dolor*».

Una vez expuestas las inapreciables consideraciones de Emmet, pudiéramos dispensarnos de mencionar las demás estadísticas que conocemos, porque poco ó nada nos dicen respecto á nuestro incentivo. Casi todas ellas persiguen como fin, ya la posibilidad de la curación espontánea, ó ya el resultado de los distintos tratamientos en relación con la edad, modo del parto, extensión de la fístula, etc.; pero ninguna como la de Emmet tiene en cuenta los múltiples elementos necesarios para deslindar la responsabilidad entre la disto-

Digitized by Google

cia y la intervención en la génesis de las fístulas uro-genitales. Lástima grande que las detalladas y bien analizadas estadísticas presentadas para demostrar los resultados del tratamiento no hayan tenido más en cuenta las causas probables y la anatomía patológica de la lesión, detallando más su evolución y caracteres. De esta manera estas estadísticas no sólo nos hubieran facilitado elementos para resolver nuestro interesante problema, sino que también hubiesen sido más demostrativas para el objeto que perseguían.

Las observaciones reunidas por Deroubaix, Bourget, Desgranges, Bertet, etc., se refieren á 36 casos, de los que 23 terminaron naturalmente. Por el contrario, en la estadística de Winterhalten (*Centralb. f. ginak*, 1891, núm. 18, pág. 35) figuran siete casos de fístulas puerperales que, unidas á 219 observaciones de su clínica desde 1883 á 1889, hacen un total de 226, siendo solas consecutivas á parto espontáneo 41, es decir, un 18 por 100. Las restantes fueron á consecuencia de parto intervenido, 102 veces con el forceps y 24 con otras operaciones. De modo que resulta el 80,8 por 100 de partos artificiales, de los que el 68,1 fué el forceps al parecer el incriminado.

En la estadística de Bouquet, en 36 casos, 12 no se cita el modo de terminación; 17 fueron artificiales, de los que corresponden diez al forceps, y sólo cinco terminaron espontáneamente. En otra estadística de Bouquet citada por Winkel (loc. cit.), de 204 fístulas, 118 son obstétricas, y de éstas el 55 al 65, teniendo en cuenta los modos de acción no mencionados, se terminaron espontáneamente.

De 32 operadas por Spielberg (*Landau*, pág. 334), 28 eran resultado de intervención, 17 en primíparas y 11 en multíparas. Para que se juzgue la falibilidad de las estadísticas, sobre todo las fundadas en pocos casos, otra estadística del mismo Spielberg, que figura en la obra de Olshausen, en 15 partos, 12 terminaron espontáneamente, y lo más extraño es que de los 12 sólo tres eran primíparas.

En la de Andrade, de 67 fístulas puerperales, 33 fueron consecutivas á parto artificial, no citándose cuántas veces se empleó el forceps; 18 á consecuencia de parto espontáneo, y en 16 no se cita el modo del parto.

En la de Monteros, de 121 casos, 113 corresponden á fístulas puerperales; de éstas 35 por parto espontáneo, una por compresión (?), otra por cálculo, otra por compresión del hombro del feto, 45 por parto con forceps, dos por maniobras imprudentes y 23 por otras intervenciones.

En la propia de Deroubaix, de 24 casos, seis parto espontáneo; uno, no se dice el modo del parto; otro, maniobras imprudentes; los 16 restantes, consecutivos á intervención, de los que diez veces fué el forceps.

Digitized by Google

Olshausen operó en un año seis fístulas, y dice que ninguna podia ser achacada al uso de instrumentos. Winkel (que no es ciertamente de los que pretenden quitar responsabilidad á la intervención) confiesa que en 14 casos de fístula consecutiva á parto instrumental operados por él, una vez no podía culparse al instrumento sin duda alguna; dos veces era él el causante, sin duda alguna tampoco; tres veces probablemente tenía la intervención la culpa, y ocho veces seguramente no fué causa la intervención.

Como se ve, en la generalidad de las estadísticas dan mayor contingente las fístulas consecutivas á parto intervenido, y en algunas, como la de Winterhalten, con gran exceso; por lo que, juzgando ligeramente, asumiría la intervención una responsabilidad enorme; pero aparte de la falacia de toda estadística en general, y en particular cuando trata un asunto como el que nos ocupa, la inocuidad de la intervención correcta está garantizada por el principio de Emmet: «*Todo parto intervenido terminado por fístula es más lento que el espontáneo que la origina*».

Sería inútil pretender analizar por otros conceptos las estadísticas mencionadas, porque respecto á nuestro objeto no hace constar elemento alguno que nos interese. Por fortuna para nosotros, el eminente especialista Dr. D. Eugenio Gutiérrez publicó en la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS (tomo VIII, pág. 95) un notable trabajo fundado en el análisis de 39 observaciones propias, que no sólo contribuye á ilustrar nuestro problema, sino que puede servir de síntesis y comprobación á cuanto venimos exponiendo. Aunque su primorosa labor no se limita á nuestro cometido, sino que abarca sintética pero completamente la historia de este proceso, no se ocultó ni podía ocultarse á la clarísima inteligencia, vastos conocimientos y gran sentido práctico de tan ilustrado y querido maestro, la importancia de nuestro interesante problema. Así lo manifiesta clara y elocuentemente con la hermosa frase: «*la cultura tocológica de un país se aprecia por el número de fístulas uro-genitales que en él se observa*»; y así lo manifiesta también dedicando preferente atención en sus observaciones á los elementos etiológicos y anatomo-patológicos. Por lo que tan excelente estudio, debidamente interpretado, no sólo constituye una de las más brillantes páginas en defensa de la inocuidad operatoria en Obstetricia, sino que á nosotros nos facilita los más sólidos argumentos que podemos presentar en defensa de nuestra tesis.

De los 39 casos que figuran en esta estadística, 36 son de origen obstétrico; de éstos, 22 corresponden á primíparas. Consecutivas á parto espontáneo pueden considerarse 17; pues si bien en seis no se cita el modo del parto, no es dato que de ser artificial se callen las pobres víctimas de esta lesión. En los partos intervenidos, el for-

Digitized by Google

ceps se empleó 17 veces; una, la versión; y otra, la versión y el forceps. No sólo están de acuerdo estas cifras con lo que venimos demostrando, sino que teniendo además en cuenta que las 17 aplicaciones dieron por resultado 11 fetos muertos, es importantísimo dato que demuestra también no sólo lo laborioso del parto, sino la responsabilidad que asume indebidamente esta intervención por no sustituirla á tiempo con otra más oportuna.

La aparición del derrame anormal de orina sólo se verificó de una manera inmediata en un solo caso (Obs. 5.ª), y ese fué por parto espontáneo. Este interesantísimo extremo, no sólo habla muy alto en favor de los tocólogos españoles intervencionistas, sino que es suficiente por sí solo para salvar de responsabilidad á la intervención; pues si bien hemos admitido la difícil posibilidad de derrame tardío por el hecho de la intervención, también hemos mencionado lo completamente excepcional que debe ser. Es más: en todas en las que se citan las dimensiones en este estudio, su extensión era tal, que es difícil admitir, dada la magnitud de la superficie contundente y la época del derrame anormal, su origen operatorio.

La duración del parto sólo fué en un caso de veinticuatro horas; en los demás, fluctuó entre tres y cinco días, por lo que en todos ellos el elemento lentitud jugó el papel esencial en que venimos insistiendo. Respecto á la situación por razón de altura, 27 eran vésico-vaginales, casi todas en el tercio superior de la vagina, cuya situación sistemática demuestra, según hemos dicho, el efecto de la compresión fetal. Verdad es que figuran una vésico-uretro-vaginal y dos uretro-vaginales; pero la vésico-uretro-vaginal fué á consecuencia de parto que duró cuatro días, terminado con forceps y seguido de infección puerperal, durante la que se esfaceló y desprendió por trozos la mayor parte del *septum*. La lesión uretral, por lo tanto, pudo ser debida á la sepsis, aunque pudiera intervenir, como diremos, una transgresión operatoria. En los dos uretro-vaginales, aunque el parto fué espontáneo, se trataba en un caso de una primípara de treinta y dos años, cuyo trabajo duró tres días; y en el segundo, de otra primípara de veinticinco años, en que duró cuatro días; en ambas con expulsión de feto muerto. Con estos datos, fácil es colegir que la distocia debió ser originada con toda verosimilitud por resistencia del periné; la detención de la cabeza debió ser sumamente baja; las contracciones del útero antes de la detención patentes, y, por lo tanto, la elevación del tabique exagerada, y, por lo tanto, la superficie de impacto muy baja también.

En 17 observaciones en que se cita la presentación, 14 fué de vértice, dos de tronco y una de nalgas, modalidad de pies. Este dato no sólo está también en conformidad absoluta con lo ya indi-

Digitized by Google

cado, sino que por la forma de una (Obs. 9.ª), y la situación y extensión de las otras dos (Obs. 2.ª y 7.ª), corroboran, como diremos, lo que hemos manifestado.

En las que se cita la dirección respecto á su eje, cinco eran transversales y tres longitudinales, lo que á primera vista parece está un tanto en desacuerdo con lo que respecto á este extremo indicamos; porque no admitiendo el origen operatorio en ninguna de estas fístulas, ó todo lo más en la observación 11.ª, parece lógico existieran menos longitudinales. Esto, que supone un argumento en contra, atestigua, por el contrario, nuestras convicciones, porque en la observación 11.ª existió un extenso esfacelo de toda la pared uretro-vesical, y el derrame se verificó inmediatamente, lo que permite sospechar intervención torpe ó deformación cicatricial. En la observación 9.ª se trataba de presentación de tronco, y la forma del agente compresor, que repetimos es la clavícula en estos casos, explica satisfactoriamente la dirección y comprueba nuestro aserto. En la observación 21.ª se trataba de una vésico-útero-vaginal *que ocupaba todo el fondo de saco anterior, estando el labio correspondiente del cuello dividido por completo longitudinalmente.* El parto fué terminado por forceps, y el derrame anormal se verificó á los dos días. Esto nos induce á insistir en lo que ya hemos expuesto, ó sea en la influencia que tienen en la génesis de las fístulas, además de la forma de las superficies comprimidas, las diversas modalidades de rasgadura que pueden originar esta lesión. En este caso se desprende de las palabras del Dr. Gutiérrez que la parte de la fístula correspondiente al septum vésico-vaginal no era longitudinal, pues sólo manifiesta esta dirección al tratar de la lesión del cuello uterino. Y que el caso de que se trata pudo tener génesis variada, no ha pasado desapercibido al Dr. Gutiérrez, como lo demuestra al decir (loc. cit., pág. 97): «*cuando la cabeza fetal está todavía cubierta por el rodete muscular del labio anterior, al llegar al estrecho inferior de la pelvis, aquél sufre las mismas presiones que la vejiga y la vagina, originándose pérdidas de sustancia ó* RASGADURAS, *que forman parte integrante de la fístula*». Resulta, pues, que está excepcional dirección, lejos de disminuir la lógica de nuestros argumentos en este concepto, la comprueba y ratifica, porque con toda verosimilitud en este caso la dirección longitudinal del cuello fué originada por rasgadura, y la transversal de la vagina, bien por atirantamiento, ó bien por compresión. En resumen: una típica fístula en T.

Lo que hemos indicado al tratar de la tendencia que tiene esta lesión á dirigirse hacia la izquierda, también se ve comprobado en las observaciones del Dr. Gutiérrez, pues en todas las que cita este extremo, tal era esa tendencia. En la observación 20.ª era más fran-

Digitized by Google

camente lateral, ocupando el fondo vaginal izquierdo en su parte anterior; pero el autor tiene muy buen cuidado de significar que la fístula estaba colocada «en un infundíbulum situado en dicho fondo y formado por la mucosa, *efecto de la retracción que habían sufrido los bordes de la fístula*». Este detalle, al parecer insignificante, atestigua asimismo lo que hemos dicho en este sentido.

Véase si teníamos razón para asegurar que las observaciones de tan eximio maestro podían servir de comprobación y de síntesis á nuestras disquisiciones y razonamientos. De tal modo es así, que parece enteramente que el Dr. Gutiérrez escribió su trabajo para facilitar el nuestro.

Así como nos veríamos en grave aprieto si, prescindiendo del estudio que acabamos de analizar y del de Emmet, pretendiéramos juzgar esta cuestión por el resultado de la estadística, más apurados nos veríamos si tuviéramos que fundar nuestro criterio en el de los tratadistas que han emitido opinión en este asunto. Desde mediados del siglo XVIII se viene incriminando al uso de los instrumentos la producción de esta lesión. Réderer, Berdot y sobre todo Saucerotte, con motivo de un caso de desgarradura de la parte anterior de la vagina que interesaba todo el fondo de saco anterior, creyeron que la mayor parte de las fístulas obedecían al uso más ó menos moderado de los instrumentos. En el siglo pasado, Velpeau, Detroite, Riwisch, Jobert, Vidal, Freund, Scanzoni, Churchill, Nélaton, Bedford y otros muchos, se han complacido en más ó en menos, aumentando la responsabilidad de la intervención; pero ninguno, absolutamente ninguno, argumenta de una manera razonada su criterio respecto á la intervención correcta. Aunque no hemos tenido ocasión de leer la opinión de todos estos autores en fuente original, la totalidad de ellos se fundan solamente en transgresiones operatorias más ó menos evidentes. Entre las numerosas observaciones que hemos leído, ninguna se refiere á intervención correcta, y mucho menos se demuestra en ellas que la intervención fuere la causa.

Para que nuestros lectores juzguen la imperdonable ligereza que ha presidido en tan interesante asunto, nos contentaremos con mencionar las extraordinarias reflexiones que se permite Bedford, á consecuencia de un caso desgraciado de embriotomía. En las *Lecciones clínicas de las enfermedades de la mujer* (traducción de Casas de Batista, Madrid, 1864), cita el caso de una mujer de buena salud habitual, cuyo parto, seguido de fístula, DURÓ TRES DÍAS; siendo necesario emplear instrumentos para la extracción de la criatura, que *salió muerta* Y CON LA CABEZA APLASTADA.

Con estos solos antecedentes y fundándose principalmente, se conoce, en el hecho de salir la criatura con la cabeza aplastada, se permite Bedford endilgar la siguiente *catilinaria:* «Esta obser-

Digitized by Google

vación es un nuevo ejemplo de la punible imprudencia con que algunos médicos de las grandes poblaciones *(sic)* procuran adquirirse, con la aplicación muchas veces inútil de los instrumentos, el nombre de operadores hábiles. Un diploma encubre sus errores, y bajo esta égida y dejándose llevar de su ilimitada audacia, á trueque de obtener hechos reales, producen un sinnúmero de funestas consecuencias en desgracia de la pobre humanidad...; maniobras que pudieran excusarse ejecutadas temerariamente».

Encontramos, y creemos que el lector encontrará, tan soberanamente injusta, infundada y hasta ridícula esta *grandilocuencia* extemporánea, que con gusto hubiéramos hecho caso omiso de ella, á no ser por la necesidad de facilitar un ejemplo de la sinrazón con que se han juzgado las maniobras obstétricas, y, ante todo, para significar la atmósfera que habrá creado un libro traducido á la mayor parte de los idiomas; fuente en que han bebido, iniciándose en la especialidad, buena parte de la generación pasada y presente.

Mayor amargura, si cabe, observar la ligereza (perdonable por la índole de su trabajo) con que una notabilidad como Budin incluye con cargo á la responsabilidad operatoria en obstetricia casos en que á todas luces brilla por su inocencia, siendo perfectamente explicable por la acción distócica; otros accidentales, y otros, por lo menos, dudosos. Figuran en su *Thèse d'agregation* (*Des lesions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels,* Paris, 1868) en su mayor parte transgresiones operatorias imperdonables que nada prueban y á nada conducen; puesto que nadie puede poner en duda los destrozos que los instrumentos mal manejados en obstetricia, como en cirugía general, pueden ocasionar. Entre las múltiples observaciones que pudiéramos citar, mencionaremos, sólo á título de ejemplo, varias en que la compresión fetal, la plenitud de la vejiga ó tal vez el uso inconsiderado del cornezuelo, fueron la causa indudable.

Véase una de Jobert de Lamballe (op. cit., pág. 108). «Mujer primípara; *con dolores hacía ocho días;* varias tentativas de extracción; la mujer llevaba ¡TRES DÍAS! sin orinar; *ocho días después del parto*, caida de una escara; la enferma percibe que salía orina por la vagina, al mismo tiempo que un colgajo negruzco. Al examen se encontró una ancha fístula de seis centímetros, situada á cinco milímetros á la izquierda de la línea media y al nivel de la pared vésico-vaginal.» ¿Puede darse nada más elocuente?

En las páginas 109 y 110 menciona Budin dos observaciones de Courty, en las que no indica sino que fueron consecutivas á un parto laborioso. Cita también otra, que ya hemos mencionado nosotros, consecutiva á pelvis espinosa Depaul. Una de Credé: «Aplicación de forceps; parto laborioso; á los doce días expulsión de bastan-

Digitized by Google

te cantidad de pus, seguida de la presentación de una fístula uréteroutérina». La observación 36 (Petit): «Tronco abandonado tres días; versión; fístula vésico-vaginal y recto-vaginal». Otra de Goodell: «Primípara obesa, cuyo sistema óseo está muy desarrollado; treinta años de edad; trece horas de trabajo; aplicación de forceps; la cabeza desciende al periné después de media hora de tracciones. En este momento, durante un gran dolor, sale un poco de sangre por el ano; se expulsa la cabeza oblicuamente, y se desgarra el periné hasta el esfínter. Por último: durante un dolor prolongado, sale una mano por el ano, la cual entró inmediatamente produciendo un chasquido perceptible, y se expulsa el niño. Desgarradura oblicua á la derecha de la línea media, dejando pasar fácilmente dos dedos del ano á la vagina. Reunión por primera intención» (?).

Para no abusar de la paciencia del lector, mencionaremos solamente la observación de Johnston y Sinclair (*Practical Midviferi*, etc.) y otra de Jobert. «Cuando se admitió á esta mujer, á la una de la mañana, el primer tiempo había terminado y los dolores eran moderados; á las nueve, la cabeza estaba encajada; las contracciones habían vuelto á ser fuertes, y la enferma se quejaba de una ligera sensibilidad á la presión en el abdomen; el pulso se conservaba bien, y no existía ningún síntoma que diera lugar á alarma. Durante la mañana los dolores cesaron completamente, pero el pulso continuaba bien y la mujer tranquila. Los latidos del corazón fetal persistían. Se administró el cornezuelo á las nueve de la noche, sin resultado alguno; asimismo se administró una dosis de opio, que produjo sueño. Al otro día, por la mañana, no existia todavía ningún síntoma alarmante; pero había dejado de percibirse el corazón fetal, y se aplicó el forceps sin dificultad alguna. El alumbramiento fué normal; el útero se contrajo sin hemorragia; después de la operación el pulso permaneció bien; pero desde el medio día la enferma empezó á decaer, y á las diez horas del parto era cadáver.—*Autopsia*. La pared anterior de la vagina, en su unión con el útero, está desgarrada en una gran extensión, cuya rasgadura tiende á dirigirse hacia la izquierda. Por la simple lectura de este extracto, júzguese si la responsabilidad que se imputa á la intervención es justa.

Existen otras observaciones más dudosas, por los escasos detalles que facilitan respecto á su génesis; por ejemplo: la de Jobert de Lamballe, citada en la *Union médicale*, 1859, pág. 26. Se trataba de una mujer de veintisiete años, de buena constitución, que después de treinta y seis horas de trabajo necesitó una aplicación de forceps, cuyos incidentes no se citan, para extraer un niño voluminoso. Se verificó el derrame anormal de orina inmediatamente después del parto, sin expeler escara ni detritus alguno, pero apreciándose en

Digitized by Google

seguida un surco profundo que se extendía desde el bulbo de la uretra hasta el cuello uterino. La relativa hipermegalia y lentitud del parto permiten sospechar el origen distócico; pero el derrame anormal inmediato de orina, y, ante todo, los caracteres de la lesión, implican por lo menos un accidente operatorio.

En resumen: el único argumento que aducen los detractores de la intervención es el tanto por ciento de las fístulas consecutivas á parto artificiál. Da Costa Duarte, por ejemplo, fundándose en las estadísticas de Monteros y Andrade, en las que figuran 189 casos, de los que 55 terminaron espontáneamente, 21 sin datos y los restantes de parto intervenido, deduce, ilógica é injustamente, que la aplicación de instrumentos es la causa determinante en el mayor número de los casos. No se ocupan los autores del análisis detenido de las observaciones para desglosar aquellas en que la distocia, el error de diagnóstico, la falta de instrumental apropiado, el desconocimiento de su técnica, la falta de delicadeza en su aplicación, etc., etc., son las responsables obligadas de la lesión. Si así hubiesen juzgado, si las descripciones fuesen más explícitas, seguramente la responsabilidad de la intervención correcta sería completamente nula.

Hasta qué punto ha presidido la parcialidad, por no decir las ideas preconcebidas ó la obsesión, al juzgar esta cuestión, podemos formarnos idea también leyendo á Budin (loc. cit., pág. 49). Después de citar el mecanismo ya citado por nosotros, que Duparcqué asigna á ciertas roturas vaginales espontáneas, dice «que la opinión de Duparcqué puede ser exacta; pero Budin no ha encontrado un solo caso de rotura sobrevenida espontáneamente y limitada al fondo de saco vaginal. La distensión que sufre este conducto, las tiranteces que experimenta en caso que la parte fetal que se presenta no pueda encajarse, y por último, la compresión que ha podido ejercer sobre sus paredes, *no deben ser consideradas sino como causas predisponentes, las que favorecen la rotura en el momento en que el tocólogo interviene.* Ved aquí lo que nos parece más probable». Prescindiendo de la nimiedad que resulta dudar del importante papel que no sólo Duparcqué, sino todos los tratadistas asignan á tales atirantamientos, por la limitación de la lesión á un fondo de saco, y prescindiendo de la comprobación del hecho por Michaelis, Peyrousse y Batlhener, se necesita una verdadera obsesión para no continuar leyendo á Duparcqué, ó para negar, si continúo su lectura, el origen espontáneo de las roturas en las observaciones que tan eminente autor cita á continuación. Se necesita, además, absoluta falta de lógica para no admitir que una fuerza capaz de producir los aplastamientos y fracturas del cráneo fetal, que el mismo Budin estudió más tarde tan detenidamente, ó la separación de la sínfisis pubiana, no pueda rasgar el débil tabique uro-genital. Negar esto

Digitized by Google

el que á continuación admite, como no tiene más remedio que admitir, que su maestro Tarnier perforó el fondo de saco posterior con una ducha vaginal; negar esto, para deducir de la negativa cargos á la intervención; es incomprensible é imperdonable, porque su misma autoridad faculta abstenciones que nadie puede prever los perjuicios que pueden originar.

Duparcqué cita la observación 25 de Saviard. «Una mujer aguardaba su parto en el Hotel Dieu. Cuando los dolores empezaron la *sage femme* reconoció que el niño se disponía á salir; pero después de dos días de sufrimiento los dolores cesaron de repente, presentándose peso en el estómago, dolores atroces en el vientre. Durante el trabajo la placenta se había desprendido y salido al exterior. Siguiendo el cordón hasta la matriz, ni los cirujanos ni las comadronas encontraron ninguna parte fetal. La mujer murió al cabo de dos días. Saviard hizo la autopsia, encontrando al niño en el abdomen, la cabeza hacia abajo, la matriz llena de sangre, y la *rotura de la vagina*. Creemos que esta observación citada por Duparcqué no dé derecho á Budin para incriminar á la intervención. Algo más útil hubiera sido que, si la hubiese leído y comentado, hubiera criticado con su autoridad el exceso de *paciencia obstétrica* del personal del Hotel Dieu.

Para no cansar al lector no mencionamos las otras dos observaciones descritas por Duparcqué (op. cit., págs. 219 y 227), una del autor y otra de Haime, en las que la distocia era por hidrocefalia y no se cita intervención alguna ni antes ni en el momento en que se verificó la rotura, *que estaba limitada á la vagina*. Son observaciones cuya lectura recomiendo á los partidarios de la espectación en distocia por hidrocefalia.

Para fijar bien las ideas en este importantísimo asunto nos vamos á permitir transcribir observaciones más modernas, que demuestran, no sólo la posibilidad, sino la relativa frecuencia de esta lesión.

En la sesión de 19 de Febrero de 1903 de la Soc. Obs. de París, Schuhl y Froenlich (de Nancy) expusieron un caso que se refiere á *una rotura espontánea del fondo de saco posterior*. «Mujer VII para, que á los tres años sufre una desviación de la columna vertebral á consecuencia de una caída, cuyos resultados pelvianos son una deformación del estrecho superior, que originó varias distocias. Después de seis horas de trabajo, y á pesar de seis horas de violentas contracciones, la cabeza se detiene en O. I. D. P. al nivel de las espinas ciáticas. Deja de percibirse el latido fetal, y mientras se prepara el forceps la mujer desfallece, lo que hace temer una rotura uterina. Se extrae fácilmente el niño mediante el forceps, é introduciendo después la mano en la vagina se percibe una rasgadura li-

Digitized by Google

mitada al fondo de saco posterior, por la que la placenta tiende á introducirse en el vientre. Por laparotomía se observó desprendimiento de dicho fondo de saco en semicircunferencia.

Battlhener (*Arch. f. Gyn.* B b. XXVIII. S. 500) cita una observación propia en que la lesión estaba limitada *al fondo de saco anterior*. Estas lesiones fueron asimismo observadas y mencionadas por Michaelis, que significó como signo premonitor la tensión exagerada de las paredes vaginales. De tal modo son clásicas, que Parssenow las ha hecho objeto de un trabajo especial (*Cen. f. Gyn.*, 1891). Everke, citado por Veit y Olshaussen (*Tr. de Obs.*, trad. esp., t. II, pág. 321), es también de los que creen que el desprendimiento de la vagina ó colporresis no sólo es de origen instrumental, sino que es accidente de relativa frecuencia. Por eso, dada la íntima relación que tienen ó pueden tener esas rasgaduras con el proceso que nos ocupa, nos hemos visto obligados á insistir, no sólo en su posibilidad por parto espontáneo, sino en el error de los que la atribuyen á la intervención; puesto que en las observaciones antedichas, y en otras que hubiéramos podido citar, aun en los partos intervenidos se ve palpablemente la nula participación que en el proceso tuvo el acto operatorio.

Ahora bien: si carecen de razón y fundamento los detractores de la intervención, no brillan ciertamente por su riqueza en argumentación los que pretenden eximirla de toda responsabilidad. El primero que valientemente se opuso á las acusaciones de Saucerotte fué Percy, que respondiendo á este detractor en el artículo que publicó en sus *Melanges de Chirurgie*, afirmaba rotundamente que no se conocían fístulas producidas por la mano del hombre de arte. Pero después de este precursor de Emmet, es preciso llegar á Simon (*Uber die operation blasenscheidenfisteln*, etc.; Rostok, 1862) para ver una opinión algo razonada que defienda no solamente la inocuidad del forceps bien aplicado, sino que le considere como un verdadero profiláctico de la producción de las fístulas, cuya opinión sostuvieron también Smith y West.

Schuppert (*A Treatise of vesico-vaginal fistula*; New-Orleans, 1866, pág. 8), combatiendo las ideas de Liston, que acusaba á los prácticos de demasiada precipitación, afirma en absoluto que el forceps no produce fístulas, defendiendo su aserto porque en muchos casos son consecutivas á partos espontáneos y porque en Alemania, empleándose el forceps con muchísima frecuencia para la instrucción de los alumnos, se observa, según las estadísticas, la poca frecuencia de las fístulas, y sobre todo las que pueden achacarse á esta intervención. Esto, como veremos, está en contraposición con el sangriento papel que algunos alemanes asignan al forceps, á no ser que por experimentarle *in anima vili* originen con frecuencia en

Digitized by Google

Alemania lesiones incompatibles con las fístulas y con la vida; lo que no es creíble.

Schroëder (*Maladies des organes genitaux de la femme*; Bruxelles, 1890, pág. 523) admite rotundamente que es el parto, y no la intervención, la causa de la fístula, señalando la acción protectora de la bolsa de las aguas.

Landau sólo admite que el forceps pueda ser culpable cuando se lleva la cuchara anterior muy adelante ó dura largo tiempo la operación. Pozzi, aunque es muy breve en la etiología de las fístulas, reconoce que en su inmensa mayoría constituye su causa el parto y no la intervención; así como admite también que la compresión sostenida es más funesta que la rápida, aunque sea violenta. Eustache opina en absoluto con las doctrinas de Emmet. Hart y Barbour no eximen en absoluto de responsabilidad á la intervención, indicando que las producidas por ella están situadas bajas y tienen grandes adherencias.

Veit y Olshaussen (op. cit. 2.°, pág. 433), aunque admiten la preponderancia de la acción distócica, son también de los que afirman, con gran extrañeza nuestra, que si la orina aparece en el momento del parto la fístula es de origen instrumental.

Respecto á las fístulas útero-vesicales, un hombre tan experimentado como Jobert de Lamballe decía (op. cit., pág. 7): «Los instrumentos de que nos servimos ¿pueden producir una fístula uterina? La observación es muda; se concibe la formación de la fístula por ese mecanismo; pero, como la observación, me abstendré de decidirme sobre este asunto.»

Monod (*Dicc. de Dechambre*) da una importancia capital á la duración del parto. Boivin et Dugues (*Maladies de l'uterus*) significan la dirección transversal de las fístulas altas; dan gran importancia al estado de la vejiga, y por de contado admiten la distocia como causa esencial. Scanzoni (*Maladies des femmes*), aunque, como hemos dicho, es uno de los detractores de la intervención, reconoce, sin embargo, que las fístulas producidas por los instrumentos son raras. West (*Maladies de la femme*) no sólo asegura que la mayor parte de las fístulas dependen del parto, sino que culpa en primer término á haber diferido la aplicación demasiado ó haber descuidado vaciar la vejiga. Fargas, en el segundo fascículo de su inapreciable obra, publicado algún tiempo después de presentado nuestro trabajo á la Sociedad Ginecológica, esta de tal modo conforme en absoluto con nuestras apreciaciones, que hace una verdadera síntesis de este estudio.

Y así sucesivamente haríamos interminable esta revista, encontrando muchas afirmaciones de la tesis que, de acuerdo con Emmet, venimos sustentando y defendiendo, pero sin encontrar un solo fun-

Digitized by Google

damento que nos auxilie en nuestra defensa. Compréndese esto perfectamente porque prescindiendo de las intervenciones más ó menos agresivas, y prescindiendo también de los accidentes operatorios más ó menos evitables, no es posible negar rotundamente que en ciertas y determinadas ocasiones la intervención haya podido influir de una manera directa ó indirecta en la producción de la fístula. Es no sólo difícil, sino imposible, saber y graduar el límite de tolerancia de los tejidos maternos, y, por tanto, es imposible asegurar también si esos tejidos, con nutrición alterada por efecto de la compresión fetal, pueden mortificarse por un aumento de compresión producida por la prolongación, por compensación, de una aplicación correctísima de forceps. Pero aun esto, que es el mayor cargo que puede hacerse á la intervención correcta, resulta á todas luces su más elocuente defensa, porque si nos apresuramos á intervenir, como dice Emmet, movilizaríamos los agentes compresores antes de que llegaran á producir la mortificación.

Bien sabemos, porque hemos pasado por ello repetidas veces, que hay problemas obstétricos de solución difícil, en los que el peligro de una rotura uterina, si rechazamos una cabeza bastante encajada, con matriz contracturada y segmento inferior dilatado, así como la seguridad de un fracaso en cesárea conservatriz y los peligros próximos y lejanos de la sinfisiotomía, nos hacen pedir al forceps, en obsequio de la vida del niño, más de lo que de este inapreciable instrumento podemos esperar; pero de estas situaciones apuradas no es responsable ni el operador ni los medios de que se vale. Además, el que sabe dirigir un parto *con ciencia y conciencia*, no es fácil se vea jamás en esos apuros, aun en casos de diagnóstico concreto imposible. Sólo fatalismos, como, por ejemplo, esas fragilidades especiales de tejidos, pueden sorprender á un tocólogo inteligente.

En resumen: ni la estadística ni la opinión de autores puede eximir en absoluto de responsabilidad á la intervención, y sin embargo, por la autoridad y el número de los que admiten la distocia como causa esencial de las fístulas, vemos que es la opinión que predomina.

La inmensa mayoría, por no decir la totalidad, de los detractores de la intervención, confunden injusta y lastimosamente el acto operatorio inteligente, correcto y oportuno con la intervención tardía, brutal ó desgraciada, y, como deducción lógica de su criterio, llegaríamos á una temporización más ó menos prolongada, que es la verdadera causa de la fístula. Los pocos campeones que argumentan la opinión contraria y, ante todo, Emmet, demuestran con su razonadísima estadística los factores que intervienen en la producción de la fístula en parto espontáneo; demuestran también que sólo muy excepcionalmente puede prescindirse del elemento lentitud en los partos intervenidos terminados por esta lesión, y expli-

Digitized by Google

can satisfactoriamente la producción espontánea en los casos en que no puede invocarse la lentitud. Nosotros hemos procurado además, por medio de un análisis de los efectos del traumatismo que el feto origina y la posible acción vulnerante de los instrumentos, demostrar lo fácil que resulta tal lesión por el hecho de la agresión fetal; lo difícil de su producción mediante los instrumentos manejados con algún conocimiento y cautela; y lo casi imposible, por no decir imposible de todo punto, que es producirla cuando dominamos el arte y la ciencia de los partos, vigilándolos atentamente, conociendo sus mecanismos, precisando diagnósticos y sabiendo al detalle la técnica instrumental. Hemos pretendido además, poniendo en relación el modo de ser vulnerante de la distocia y de la intervención, con los caracteres predominantes en este proceso, demostrar su difícil y quizá imposible producción por un acto operatorio oportuno, inteligente y correcto. Creemos, pues, haber cumplido satisfactoriamente la primera parte de este tema.

***

Al abordar la segunda parte de nuestro trabajo, la más práctica y útil, pero también la más compleja, necesariamente hemos de reducirnos á límites incompatibles tal vez con la índole de sus aspiraciones. Admitiendo, como no podemos menos de admitir, que las múltiples y variadas causas de angustia pelviana y otras resistencias que se oponen á la marcha natural del parto son la causa esencial de este proceso; admitiendo también que el abuso y las incorrecciones de las variadísimas manipulaciones obstétricas pueden asimismo originar tan perniciosa consecuencia, tendríamos que analizar cada distocia y las reglas de las indicaciones y técnica de cada intervención; es decir, reproducir un tratado de distocia y de obstétrica operatoria, aplicada á la profilaxis de las fístulas uro-genitales.

En general, un diagnóstico preciso; un conocimiento perfecto del mecanismo de cada modalidad; una observación atenta de las fuerzas expulsivas y de su resultado; la apreciación clínica de las resistencias locales y generales de la mujer; una vigilancia excesiva de todo obstáculo que pueda oponerse á la marcha del trabajo, y un cuidado exquisito para sostener el estado de vacuidad de recto y vejiga, constituyen no solamente la profilaxis de la fístula, sino la de todos los graves perjuicios que puede llevar consigo el parto lento. Las hemorragias por agotamiento de la contractilidad uterina; la *neurorragia*, originada por estériles sufrimientos, en la que no por ser la pérdida invisible es menos peligrosa; la toxemia, por sobrecarga de productos de destrucción de tejidos ó de desasimilación del trabajo, aparte del peligro de infección y de otros traumatismos locales ajenos á la producción de este proceso, nos indican, prescin-

Digitized by Google

diendo del gran compromiso en que se pone la vida del feto, los peligros de la lentitud del parto.

Si existe indicación de intervenir, es cuando más se necesita un diagnóstico concreto, porque de él depende la elección de medio y procedimiento. Elegida la intervención más adecuada, claro está, necesitamos condiciones para llevarla á cabo, instrumentos *ad hoc* y perfecto conocimiento de su técnica. Una de las condiciones más esenciales, prescindiendo de la finura, tacto y delicadeza que exige toda maniobra obstétrica, es la cachaza bien entendida. He terminado intervenciones empezadas por compañeros, tal vez de más competencia que la mía, y que no llegaban *au bout de son rouleau*, como decía el desgraciado Laporte. No hay que olvidar que, á pesar de los esfuerzos de los clásicos por reglamentar todas las intervenciones obstétricas, no existen tal vez otras parecidas en el campo de la Cirugía que sean menos regladas y en que intervenga más la iniciativa particular. Una sencilla versión verificada en condiciones ideales, admira la facilidad con que se termina de un modo feliz; en cambio, otra versión con retracción del anillo de Baudl ó encajamiento pronunciado, maniobras anteriores, etc., pone á contribución la aptitud, la paciencia y la sangre fría, el tacto y la delicadeza del operador más hábil. Y no sólo las dificultades que puede llevar consigo esta intervención, por ejemplo, sino la difícil facilidad con que en ocasiones se presenta, exigen un conocimiento perfecto de sus modalidades. Si encontramos el pie bueno cerca, creemos que todo es *coser y cantar*, y al traer ese buen pie á la buena dirección corre la mujer más peligro, quizá, que durante una laboriosa rebusca y manipulaciones más violentas en la porción supra-anular.

Todo esto es tan obvio que no debíamos indicarlo, si no fuera para demostrar, por lo que á nuestro fin respecta, lo difícil que es *legislar* en este asunto, y que existe algo muy principal que debe dejarse á la iniciativa, aptitudes, medios y hasta opiniones del tocólogo. El aficionado á la reducción del volumen fetal, práctico en esa intervención, seguramente acarreará muchos menos peligros en este y otros sentidos que el que confíe demasiado en la inmunidad del forceps. El laparatomista experto será sin duda el conservadór más eficaz de vidas y de tejidos, en gran parte de los grandes problemas tocológicos.

Pasemos, pues, á indicar, mediante un rápido análisis, las principales, múltiples y variadas causas de la lentitud del parto, y la conducta que imponen.

La angustia pelviana, sabido es que puede tener origen materno y fetal; es decir, por pequeñez ó irregularidad del continente, ó por exceso de volumen ó irregularidad del contenido. El obstáculo puede radicar en las partes duras ó en las partes blandas, siendo de origen

Digitized by Google

mecánico ó dinámico. Puede ser absoluta y relativa; es decir, estar constituída, por ejemplo, por una estrechez uniforme ó de tal manera graduada, que, dada la época del embarazo, el parto sea completamente imposible; ó, por el contrario, ya por constituirla una pelvis asimétrica, ó por depender de un tumor más ó menos reductible ó compresible, ó ya por el grado de estrechez, permitir el parto á término con feto vivo, bien espontáneamente ó bien mediante intervenciones adecuadas. En gran número de casos, la angustia pelviana de causa materna no depende de ningún obstáculo mecánico, sino primitivamente dinámico, como contracturas de anillo de Baudl, rigideces de cuello ó periné, anomalías de fuerzas expulsivas que rompen la relación entre el esfuerzo y el obstáculo, etc. Frecuentemente se combinan estos órdenes de causas; así, una viciación pelviana se acompaña de atresia de partes blandas, rigidez de cuello por rotura prematura de bolsa, resistencia perineal, mala orientación de la vulva, etc.

La tan variable profundidad de la pelvis necesariamente ha de influir también en la entidad y persistencia de la compresión; pero aquí debe ocurrir algo paradójico, porque no dependiendo la profundidad de la altura del pubis sino de la amplitud del coxi-pubiano, tanto más amplio sea éste, tanto más fácilmente se verificará el desprendimiento de cabeza.

El feto constituye causa de angustia pelviana por su aumento de volumen total ó parcial, ó por la disposición de una de sus partes ó varias entre sí. Y estas angustias son tan relativas, que á veces producen sus funestos efectos contra todas las previsiones de los más entendidos tocólogos.

Las viciaciones pelvianas constituyen la causa de origen materno, si no la más frecuente, sí la más ostensible. Pero tanto menos ostensible sea en el caso particular, tanta más importancia tiene para nuestro asunto, porque gran número de pelvis que no pueden considerarse viciadas por los medios de exploración que poseemos, ofrecen, ya por el volumen fetal, ya por la posición de la cabeza, anomalías de partes blandas, etc., obstáculos al parto, y estos obstáculos relativos son los que más importancia tienen para nosotros; pues así como explican la producción de la fístula en multíparas con partos anteriores felices, nos indican los peligros de esas distocias que no imposibilitan el parto espontáneo, pero originan su perniciosa lentitud.

Hoy parece está taxativamente determinada nuestra conducta en los casos de viciación pelviana indudable; pero así como son raras éstas, deben abundar esas viciaciones que se han llamado benignas, las que escapan á nuestros medios de investigación. La conformación del arco anterior, la inclinación del pubis, su altura,

Digitized by Google

la forma de su cara posterior, etc., etc., puestas en relación con el tamaño y reductibilidad de la cabeza, su deflexión, etc., representan otros tantos elementos de apreciación no siempre fácil, y, por tanto, de determinación dudosa. Izaac (*Thèse de Lyon*, 1901), y Bué (*Prèsse Médicale*, 1905).

Sabemos las variadas causas de la viciación pelviana, y sabemos también los variados tipos que puede presentar. En cuanto á la causa, nada podemos oponer cuando la deformación está constituída; sólo en la osteomalácica es posible llenar esta indicación. Si á una osteomalácica embarazada practicamos una cesárea conservatriz por obstáculo insuperable, la osteomalacia continúa; si la practicamos una histerectomía, la osteomalacia cura en el mayor número de casos; lo que comprueba la teoría ovárica de Fehling. Así, pues, en la osteomalacia, la histerectomía en el embarazo y la castración fuera de él están indicadas; pero excusamos decir lo que deberíamos pensar nuestra determinación en este caso particular, porque sabido es que ciertas pelvis osteomalácicas son tan dilatables, que han recibido el nombre de pelvis de caucho, permitiendo, por tanto, partos espontáneos y artificiales, increíbles á primera vista. Excusamos también manifestar que tan radical tratamiento no puede invocarse á título de profiláctico de la fístula.

La forma de la viciación pelviana, ya hemos indicado lo que necesariamente ha de influir en nuestras determinaciones. Cabe en lo posible que una pelvis aplanada de siete centímetros de C. V. permita el parto, y otra de nueve en *justo minor* no le permita. Una oval puede imposibilitar el parto si, lo que sería extraño, el occipucio se dirige á su parte estrecha, y permitirle fácilmente en caso contrario. Pero, en resumen: los guías esenciales que tenemos para ajustar nuestra conducta son la dimensión del C. V., el concepto que formemos de la conformación más ó menos regular de la pelvis y sobre todo de su arco anterior, y de la probable magnitud y reductibilidad de la cabeza fetal. Respecto á la magnitud del C. V., sabemos que Budin, Leopold y otros han extraído, mediante versión, fetos de 3.000 gramos con C. V. de siete centímetros; Leopold extrajo, mediante versión y posición de Valcher, un feto de 3.800 gramos á través de una pelvis *justo minor* de siete centímetros de C. V.

Así, pues, las diferentes modalidades de las viciaciones pelvianas necesariamente han de influir en nuestra conducta. Entre los peligros que, por lo que se refiere á nuestro asunto, lleva consigo una pelvis oval ó Robert, y una espinosa, infantil ó acondroplásica, hay gran distancia; por lo que la espectación que podemos prolongar en las primeras, no es lícita en las segundas. No tenemos que insistir mucho para evidenciar que la pelvis raquítica es la que en general acarrea más peligros en la producción de la fístula. El funesto re-

Digitized by Google

sultado de la disminución del C. V.; la viciosa orientación del estrecho superior; la mayor altura del pubis, significada por Doleris, y la mayor prominencia del promontorio retro-púbico, que puede ser exagerada, aunque Crouzat, que ha verificado su estudio especial, dice no excede de la media de 12 milímetros, etc., etc., sin tener en cuenta la frecuencia de esta pelvis, nos indica su importancia como productora de esta lesión, aunque la excavación y estrecho inferior sean más amplios por la retropulsión compensadora de la concavidad del sacro. La misma pelvis raquítica lleva consigo mayor ó menor peligro, según la forma que adopte. Admitiendo con Mad. La Chapelle las formas reniforme, triangular, redondeada, oval, cordiforme, trapezoide, bilobular é irregular, se concibe la importancia que para nosotros tiene averiguar no sólo la angustia, sino la conformación del arco anterior; pues tanto más aplanado sea y tanto más prominente el promontorio retro-púbico, tanto más agresivo será el obstáculo y tanto más difícil de sobrepasar, por aproximarse el diámetro transverso obstétrico al bis-íleo-pectíneo.

En estos casos, aunque generalmente la compresión se verifica del feto á la madre, haciendo aquél de agente traumático, puede ocurrir á la inversa: es decir, que la pelvis materna sea el cuerpo vulnerante; y no ya sólo en las típicas pelvis espinosas, sino en aquellas que sin osteofitos presentan sus bordes más ó menos agudos. Esto nos indica que para ajustar nuestra conducta no sólo debemos tener en cuenta el grado de estrechez, sino cuantos detalles podamos recoger por medio de un tacto amplio y metódico: más amplio quizá que el que aconseja el mismo Budin.

Por este y otros conceptos es curiosa la observación de Duparcque (op. cit., pág. 206): «Una mujer experimenta durante doce horas dolores de parto. La presentación era de nalgas; el orificio de la matriz no estaba completamente dilatado, cuando toda la parte anterior del cuello de esta víscera se separó de uno á otro lado. En seguida el feto pasó á la cavidad del vientre, verificándose la extracción con mucha dificultad en menos de dos horas; el feto estaba muerto, y la madre sucumbió á las cinco horas de haber parido. Se observó que la pelvis era *un poco* estrecha; la punta del hueso sacro (sic) pasaba á través de la parte posterior de la matriz. El borde interno y saliente del pubis y los de los íleos se parecían al corte de un cuchillo de marfil, y habían cortado todo el espesor del tejido de la matriz como si hubiese sido estrangulado por una ligadura...»

La maleabilidad del cráneo fetal, adaptándose no sólo á la eminencia del promontorio, sino moldeándose al arco pelviano, dan por resultado esa forma de cráneo en cuchara, que ha servido á Budin y Fochier, de Lyon (Soc. obs. de France, 1895), para aconsejar espectaciones que pueden ser peligrosas. En apoyo de su criterio, cita

Digitized by Google

Budin la verdadera odisea de una mujer con pelvis viciada, que después de haber terminado sus cinco primeros partos con embriotomías y basiotripsias, parió espontánea y felizmente su sexto hijo.

A título de excepción y curiosidad, prescindiendo de otras consideraciones que Budin debió mencionar, creemos que sea lícito citar casos tales; pero creemos también que debieran callarse por autoridades de la altura de Budin, porque si esas observaciones llegaran á oidos de los que relacionan directamente la paciencia obstétrica con su ignorancia, la misma autoridad del autor les escudaría con un argumento de gran peso. Dígalo Budin ú otro tan competente como Budin, no es ni puede ser jamás lícito contar con esos esfuerzos naturales para justificar una contemporización sistemática. Diga lo que quiera Budin, la vida de un feto que sale del claustro materno con su cráneo convertido en cuchara, no merece los peligros á que expone á su madre. No diremos nosotros que esta cuestión esté tan dilucidada como su análoga por hidrocefalia; pero creo que además de ser imprudente contar con esos grados extremos de reductibilidad de la cabeza fetal á expensas de compresiones maternas, un cerebro así comprimido, aun no produciendo la muerte del feto, dará ciertamente lugar á un individuo cuya precaria vida no compensa los peligros que acárrea.

En una pelvis asimétrica, claro está que nuestros esfuerzos deben dirigirse á llevar el occipucio á la parte más amplia de la pelvis; y como quiera que esto no sólo no se puede verificar con el auxilio del forceps articulado, sino que, por el contrario, su aplicación imposibilita la desviación de la cabeza, necesario es remitir al lector á las indicaciones que necesariamente tendremos que hacer al tratar de la profilaxis instrumental, respecto á las desventajas y peligros del forceps en el estrecho superior, quizás mayores en pelvis asimétricas. Solamente indicaremos aquí que, en casos de viciación pelviana con cabeza fija y matriz contracturada que contraindique la versión, debemos procurar, ya por medio de la palanca, ó lo que es más práctico y menos peligroso, manualmente, orientar la cabeza, tanto por lo que se refiere á su flexión y colocación del occipucio, cuanto en lo que se refiere á su asinclitismo. Compréndese lo que pueden favorecer el parto tales maniobras mediante un exacto diagnóstico y condiciones adecuadas para verificar la intervención; así como se comprende también que si en ellas preside la ignorancia, la impaciencia ó la osadía, pueden dificultar los providenciales recursos de la Naturaleza y, por tanto, causar irreparables perjuicios. Con esas maniobras, correcta y concienzudamente ejecutadas, movilizando la cabeza si es posible, hacemos ya menos funestas las compresiones, y si aun así el encajamiento no se efectuase, podemos hacer una tentativa de aplicación del forceps, sin olvidar los peli-

Digitized by Google

gros que lleva á ese nivel, y la entidad de la falta de relación *presumible* entre diámetros maternos y fetales. Y decimos presumible, porque todos los medios cefalométricos, desde el proceder de Ahlfeld, hasta la al parecer perfeccionada cefalometría á lo Perret, y sin duda alguna los pelvimétricos, son insuficientes para ajustar nuestra conducta, en algunos casos de viciación relativa, á los datos que nos proporcionen. Algo más útil debe ser en este sentido el proceder de Muller, aunque también insuficiente.

Nada debiéramos decir de la pelvis espinosa, porque si percibimos en tiempo oportuno sus producciones óseas, podemos prever los destrozos que deben causar, por lo que nuestra conducta no admite discusión. Sólo la provocación del aborto ó una cesárea pueden evitar á la madre los peligros consiguientes. Si una eminencia ósea pasa desapercibida, como debe ser lo frecuente y ocurrió en el caso de Depaul, el accidente, claro está, es inevitable y no pasa de ser una desgracia excepcional con la que no podemos contar.

Vemos, pues, que es imposible significar la conducta más beneficiosa en caso de viciaciones pelvianas mal llamadas benignas, ó sean de más de 7 centímetros de C. V. En tesis general, la versión es la operación indicada si la distocia no es insuperable; pero lo difícil es prever cuándo lo es, y por tanto la oportunidad de la intervención. Verdad es que en caso de retención de cabeza resulta la basiotripsia más difícil y comprometida; pero no es tan sencilla toda craneotomía por encima del estrecho superior para facultarnos prescindir de la versión. Claro está que nos referimos á presentaciones de vértice; pues en las de cara y ante todo en las de frente, que tanto abundan en estas estrecheces relativas, la versión se impone, á pocos obstáculos que observemos en el encajamiento.

Hemos indicado que son quizá más interesantes para nosotros las complicaciones que frecuentemente acompañan á las atresias óseas, que estas mismas atresias; porque los obstáculos que se oponen al parto dependen generalmente, en las atresias relativas, de esas complicaciones ó de los efectos de la viciación.

Entre estos efectos, es tal vez el principal la desviación uterina; generalmente la anteversión ó anteflexión; dando origen á esos vientres péndulos exageradísimos que se observan en ciertas cifóticas. Sabido es que esa desviación uterina no siempre es efecto de defecto de encajamiento, sino por exceso, y este exceso se verifica no sólo en las viciaciones por exageración de amplitud pelviana, sino que es frecuente en las estrecheces de las aplanadas (Litzman). Efecto de la anteversión de estas pelvis raquíticas, la matriz está colocada en el eje del conducto genital, sufriendo la acción perniciosa de los efectos de la gravedad, presión abdominal y peso de las vísceras, por lo que desciende en el segundo y tercer mes; y si

Digitized by Google

luego encuentra dificultades para hacerse órgano abdominal, por la situación del promontorio ó por la retención de materias fecales, que su mismo descenso favorece, se comprende lo fácil que será una retroversión de utero grávido en estas condiciones. Por estas ligeras consideraciones se comprende también que, en ocasiones, la profilaxis de las fístulas uro-genitales debe empezar en los primeros tiempos del embarazo; porque es obvio suponer que esta desviación, uno de cuyos efectos funestos es la compresión del septum uro-génital desde su principio, puede provocar distensiones ó alteraciones vesicales, hasta la cistitis gangrenosa, que no sólo colocan á estos órganos en condiciones abonadas para producir la fístula á la menor compresión, sino que pueden ser la causa esencial de ella. Así, pues, en toda mujer en que sospechemos deformidad pelviana, debemos vigilar desde el tercer mes la situación de su útero.

La desviación más frecuente es la anteflexión, originando el vientre en alforja ó péndulo. Generalmente, se admite que el útero en las desviaciones pelvianas está más elevado; lo que, según Litzman, es un error: pues, por el contrario, el segmento inferior está más bajo; lo que sucede es que está vacío. El útero es muy movible, por lo que gravita más sobre la pared abdominal, favoreciendo la producción del vientre péndulo; así que esos vientres están constituídos por anteflexiones y no por anteversiones, como generalmente se cree.

Fácil es colegir los efectos de esa desviación en lo que á nuestro objeto se refiere. La mala dirección que imprime la energía uterina, perjudica ó imposibilita el movimiento de báscula necesario para el paso del biparietal á través del estrecho superior, ya exagerando el asinclitismo, hasta producir una presentación parietal, ya fijando el parietal anterior al borde superior del pubis, ya perjudicando la semiflexión de cabeza para colocar el biparietal en la parte más ancha de los diámetros ántero-posteriores de la pelvis. Lo más frecuente, según Litzman, es el exagerado asinclitismo posterior, el cual supone siempre, según algunos autores, obstáculos al paso del anterior (Bumm); en cuyo caso la compresión máxima se verifica también en el extremo anterior del conjugado, aunque las deformaciones fetales se encuentren en el posterior; puesto que natural es suponer que esas depresiones ó fracturas del craneo fetal se verifiquen tomando como punto de apoyo el arco anterior. Así, pues, en todo vientre péndulo, sea por viciación pelviana, como por multiparidad, etc., es elemental debamos pretender corregirle en tiempo oportuno á beneficio de medios ortopédicos apropiados, y en el acto del parto vigilar con cuidado, si es posible, la situación de la sagital. Sabemos que en casos de angustia del estrecho superior se observa movilidad de la sagital al principio; y si observamos que la cabeza no avanza, se dice que *está indecisa*. Después se dirige

Digitized by Google

principalmente al pubis, cuya situación si se prolonga ya nos indica que hay obstáculos más ó menos insuperables al parto, y por tanto, que éste no puede verificarse sin compresiones más ó menos funestas á través del estrecho superior. Esta situación nos indica también la necesidad de desenclavar, si es posible, el parietal anterior, mediante la actitud de la mujer, la posición de Valcher, la maniobra de Laforre, ú otro medio análogo. Si aun así el parietal no sobrepasa el borde anterior del pubis, podemos esperar algo más, puesto que la movilidad que imprimimos á la cabeza con estas maniobras aleja algún tanto el peligro de compresión; pero á poco que sospechemos imposibilidad para el paso de la cabeza á ese nivel, debemos apresurarnos, siempre que nos lo permita, claro está, el grado de la estrechez, á verificar la versión antes que la pérdida de aguas y la retración uterina la dificulten, la imposibiliten ó la hagan peligrosa. Si es el parietal posterior el que avanza exagerada y perniciosamente, todos nuestros esfuerzos deben dirigirse á sostenerle durante las contracciones, puesto que sabemos que cuanto más exagerado sea ese asinclitismo, cuando sobrepasa su límite ocitócico, constituyendo variedades parietales, tanto mayores serán los diámetros fetales que se pongan en relación con los maternos, y por lo tanto, los obstáculos y la compresión serán mayores. Si aun así el parietal anterior no desciende, nuestra situación es más difícil, porque el encajamiento, fijeza ó enclavamiento de la cabeza suele ser más graduado, y por tanto la versión es más difícil y peligrosa, aunque dicho está que siempre debemos intentarla; pero si resulta imposible, es lícita también una aplicación de forceps muy prudente, orientándonos anticipadamente con la maniobra de Muller, y efectuada, según creo, de acuerdo en absoluto con las observaciones de Loriot, más bien en sentido oblicuo que ántero-posterior á lo Pinard, ó transversalmente. Si fracasa, no nos queda más recurso que elegir entre una basiotripsia, una cesárea, un Porro, ó lo que hoy supongo mucho más preferible, una hebotomía. El arduo problema que se plantea en este apurado trance á un tocólogo, es compulsar la importancia que tenga la vida del feto en relación con los peligros á que su salida expone.

Las variedades parietales, á título de presentación definitiva, son raras en pelvis normal y suficiente. Desde Scanzoni sabemos la influencia que en su producción tiene la oblicuidad de la matriz. Michaelis daba gran importancia á la flacidez del segmento inferior; debiendo influir también la retracción uterina, los tumores del útero ó del ovario y el oligoadmios, por lo que respecta á la madre; y el tortícolis congénito, los tumores laterales del cuello, circulares del cordón, procidencias de miembro, ó maceración, por lo que se refiere al feto. Según Liztman, la causa principal sería la presen-

Digitized by Google

tación de hombro cuando el útero corrige su oblicuidad, efecto de la contracción, en cuyo caso la actitud de la cabeza con relación al tronco permanece la misma, pero el feto se disloca en masa y la presentación de hombro se convierte en parietal. Dados los obstáculos que esta complicación acarrea, y dadas sus variadas causas, compréndese que la temporización no es lícita ni la intervención única. En esta, como en todas las distocias, dicha intervención será tanto más fácil y beneficiosa cuanto más precoz y preciso sea el diagnóstico, por lo que en toda detención del parto por encima del estrecho superior no debemos dilatar un tacto manual más ó menos profundo, si el digital no fuere suficiente.

Cuando el asinclitismo no llega á la presentación parietal, hoy sabemos, después de la al parecer interminable discusión á que ha dado origen, que puede ser indistintamente anterior ó posterior, así como puede no existir. En las primíparas es más frecuente el posterior; por el contrario, el anterior en las multíparas, dependiendo de la relación recíproca entre el eje del estrecho superior y el del útero (R. de Seigneaux: *Beiträge zur Geburtsh,* 1901, pág. 410). Es inútil, pues, la discusión: si es el parietal anterior el que encaja primero, como afirmaban Michaelis, Nœguele, Liztman, Fochier, etc., ó es el posterior, según han defendido Mauriceau, Smellie, Tarnier, Pinard, Varnier y Leopold. Así, pues, si nos viéramos obligados á intervenir por esta causa, sería no sólo inútil, sino contraproducente, que pretendiéramos sujetar nuestras manipulaciones, para auxiliar la obra de la Naturaleza, al criterio de la escuela que aceptáramos tratando de convertir un asinclitismo anterior en posterior, ó viceversa.

Ahora bien: á pocos obstáculos que existan, el asinclitismo es, generalmente, posterior en el estrecho superior y anterior en el inferior; como lo demuestran los cortes de Varnier, Leopold y Barbour, y la situación del tumor serosanguíneo. Por esto, generalmente también, nuestra intervención, en caso de ser necesaria, ha de tender á favorecer el movimiento de báscula, rechazando el parietal anterior hasta que el extremo posterior del biparietal sobrepase el promontorio, y procurando después facilitar el paso del parietal anterior con posición ó vendaje conveniente. Esto es, por lo menos, lo que dice la lógica, y yo, que siempre lo he intentado, no me pesa.

También nos haría dudar en nuestras manipulaciones el criterio que aceptáramos acerca de la flexión ó deflexión durante el paso de la cabeza á través del estrecho superior. Ya hemos dicho que unos, con Goodell y Joulin, creen que la cabeza pasa más fácilmente deflexionada, al paso que otros, con Budin y Demelin, suponen lo contrario. Yo me permito creer que preside en estos opuestos criterios sobrado exclusivismo; porque es obvio suponer que las dificul-

Digitized by Google

tades, en este sentido, dependerán de la amplitud del transversal y de la imposibilidad de colocar el occipucio ó suboccipucio en el extremo de dicho transversal ó uno de los oblicuos. Por esto, aunque fuera cierta la afirmación de Demelin, siempre resultaría cierta también la de Goodell, al afirmar que la principal desventaja que tiene el forceps en el estrecho superior es obligar á pasar al biparietal en relación con el C. V. Por lo tanto, en este sentido, nuestros esfuerzos deben dirigirse, en primer término, y ante todo en extracción de *tête derrière*, á conducir el occipucio al extremo de uno de esos diámetros, y dicho está que, en pelvis asimétricas, á la parte más ancha.

Como vemos, pues, todo es cuestión de un diagnóstico preciso y de un conocimiento perfecto, no del mecanismo que los autores nos asignan, sino del que nos signifique la misma Naturaleza; porque, sobre todo tratándose de pelvis más ó menos anómalas, ni todas estas pelvis presentan igual forma en sus planos, ni todas las cabezas tienen igual forma tampoco en sus variados segmentos; por lo que se concibe fácilmente que, en unos casos, la flexión ó deflexión recíprocamente serán beneficiosas ó perjudiciales. Y como quiera que es difícil ó imposible darnos perfecta razón y cuenta de estas diversas variedades con la precisión que el caso exige, hemos insistido y quizá volvamos á insistir en este asunto, para demostrar lo contraproducentes que pueden resultar ciertas maniobras sujetando nuestras determinaciones al aserto de ciertas y determinadas escuelas ó autores.

Y ya que de la acción de las desviaciones uterinas en la génesis de esta lesión venimos tratando, indicaremos que el prolapso, en ocasiones, como en el caso de Pascal (*Bull. de la Soc. Méd. d'emulation*), puede dar lugar á rasgaduras productoras de fístulas. Excusamos decir que todos nuestros esfuerzos deben aspirar á que la matriz no descienda antes del paso de la cabeza por los estrechos medio é inferior.

Mayor interés, si cabe, debemos tener no sólo en reducir un útero grávido en retroversión durante el embarazo, sino vigilarla después de convertida en retroversión parcial. Esta permite el desarrollo completo del huevo; pero aparte de los trastornos vesicales que, si bien mucho menos graduados que en la incarceración, sigue originando, produce también atirantamientos y adelgazamientos de la pared anterior uterina y del *septum*, puesto que sabido es que en esta desviación la dilatación de la matriz se verifica principalmente á expensas de su pared anterior. Si á esto unimos los posibles obstáculos que pueden presentarse en el acto del parto, efecto de la dirección viciosa de la energía uterina, orientación del cuello, irregularidad en las contracciones, etc., fácil es comprender cómo la retro-

Digitized by Google

versión parcial puede ser una de las causas más abonadas de producción de fístula, y por tanto lo indispensable que es, siquiera á título de profilaxia de esta lesión, procurar corregir esta desviación todo lo más completamente que sea posible, manteniendo ante todo cierto tiempo todos los días á la mujer en posición genu-pectoral, y vigilando atentamente su vejiga.

Cuanto hemos mencionado respecto á la orientación sinclítica y flexión de la cabeza tiene aplicación en lo que se refiere á las presentaciones viciosas. Favoreciendo como favorecen las pelvis viciadas dichas presentaciones, excusamos indicar la vigilancia que necesitan para procurar corregirlas á tiempo, si es posible, evitando así compresiones ulteriores. Litzman creía, y al parecer con razón sobrada, que la lentitud ó detención del parto en casos de viciaciones moderadas depende generalmente de la frecuencia de dichas presentaciones viciosas, entendiendo por tales no sólo las que indicaremos, sino las que hemos indicado y volveremos á indicar, y que se refieren á falta ó exceso de los movimientos accesorios.

Tampoco debemos olvidar que las estrecheces ó rigideces de las partes blandas, efecto de esa distrofia ó aplasia estudiada particularmente por Huguet (*Thèse Paris*, 1899), que tan frecuentemente acompaña á las viciaciones pelvianas; y la inercia uterina, que era para Michaelis la causa esencial del retraso del parto haciéndola depender de una degeneración del miometrio, pueden ser causas directas ó coadyuvantes de dicha detención.

Debemos recordar también que el mismo Michaelis daba gran importancia á la irritación uterina producida por la compresión del cuello al nivel del pubis y del promontorio, actuando por un reflejismo, para él y para nosotros desconocido, sobre la contractilidad del segmento superior. Ese reflejismo indudable, es difícil de comprender en este caso; porque sabemos que, según varios autores, la dilatación depende de una inervación distinta y hasta, digámoslo así, opuesta entre los dos segmentos. Por el contrario, la contractura del segmento superior y, ante todo, la del anillo de Baudl, se origina por la flacidez del segmento inferior, por exceso de dilatación ó dilatación brusca. Sea de esto lo que quiera, es un hecho de observación diaria que todas las excitaciones llevadas al cuello favorecen no sólo la rigidez de éste, sino consecutivamente la contractura del segmento superior, haciéndose ésta más perceptible en el anillo de Baudl.

Tal importancia tienen esas atresias de partes blandas, y hasta las contracturas que el vaginismo origina, que si se presentan en pelvis *justo minor* de nueve centímetros, según Bonnaire (*Presse Médicale*, 24 Junio 1905), toda intervención que no sea la cesárea *es execrable*.

Digitized by Google

Resulta, pues, evidente que en la gran mayoría de esas viciaciones pelvianas relativas la principal distocia radica en las partes blandas; así se explica, repetimos, que el forceps, aun no teniendo acción alguna sobre la amplitud de la pelvis y produciendo una escasa reducción práctica de la cabeza fetal, tenga indicaciones inapreciables é insustituíbles en las atresias óseas. Así se explica también que estas angustias den el contingente que dan en este proceso; circunstancia que no ocurriría seguramente si el obstáculo radicase sólo en la deformación ósea; porque si bien hemos procurado defender la posibilidad de producirse esta lesión por compresiones al nivel del estrecho superior, es evidente que á este nivel no existen condiciones tan abonadas para que la compresión ejerza sus funestos efectos.

Es más: las viciaciones pelvianas, ó son absolutas y el parto es imposible, ó, de ser relativas, benignas y limitadas al estrecho superior, cuenta la Naturaleza generalmente con medios suficientes para evitar compresiones muy sostenidas. Por último, en estas atresias, mientras la cabeza está indecisa no existe temor de compresión, y cuando queda fija, la situación no puede prolongarse mucho: ó sobreviene la inercia, en cuyo caso, á este nivel, se cumple, siquiera sea en parte, el aserto de Budin, ó sobreviene el tétanos, que en breve tiempo acarrea lesiones ó accidentes incompatibles con la vida de la mujer. Ahora bien: recordemos que existen muchas pelvis que, ya por su irregularidad, ya por la existencia de exóstosis ó falsos promontorios, ó ya por ser infundibuliformes, los obstáculos van creciendo á medida que la cabeza avanza hacia el estrecho inferior. Sin insistir en las aseveraciones de Stolz, Litzman y otros muchos, es suficiente la más elemental y lógica observación para comprender la importancia que estas conformaciones viciosas pueden tener en la producción de las fístulas, puesto que sin duda alguna son las más peligrosas, y por tanto en las que hay necesidad de intervenir cuanto antes sea posible, antes que el enclavamiento no permita otra solución que la basiotripsia. Esa intervención dicho está que consiste en la versión si oportunamente hemos hecho un buen diagnóstico, y mediante él juzgamos con oportunidad (ó sea cuando la cabeza es móvil sobre el estrecho superior y la matriz es flácida, y se conservan suficientes aguas) la posible extracción de la cabeza. Pero como es muy difícil poder predecir los obstáculos que se presentarán al parto antes de encajarse la cabeza, en la mayoría de casos nos veremos precisados á intervenir cuando la oportunidad de la versión haya pasado. Así, pues, generalmente en estos casos nos vemos obligados á verificar una aplicación de forceps, y excusamos indicar el tacto operatorio que en tal circunstancia necesitamos para prever las consecuencias de una tracción vio-

Digitized by Google

lenta. Y aqui, como en otras muchas ocasiones en el transcurso de este estudio, tendríamos que poner sobre el tapete la debatida cuestión de la sinfisiotomía ó pelvitomía para favorecer el parto en estas ó parecidas condiciones; pero es un asunto tan arduo y discutido, que aun dada la importancia que tiene, nos llevaría tan lejos que alargaría este ya largo trabajo; por lo que circunscribiéndonos todo lo posible á nuestro asunto, nos limitaremos á indicar de pasada que, si se tienen en cuenta los discutibles resultados de estas operaciones, las casi seguras y penosísimas consecuencias post-operatorias, y ante todo, por lo que respecta á nuestro asunto, las no sólo posibles, sino casi fatales lesiones que, ya por la operación en sí, ya por las aristas que necesariamente han de ofrecer los bordes de la sección pubiana, ó ya por la distensión de las partes blandas sin el soporte de la pelvis ósea, son un semillero de peligros por lo que á la fístula uro-genital respecta, y por tanto hemos de pesar y medir detenidamente estas consecuencias antes de proceder á tales intervenciones. En caso de que afrontemos todos los peligros inherentes á la sinfisiotomía, no se olvidará, por consecuencia, que así como en una pelvis cerrada los pubis reunidos constituyen una superficie lisa sobre la que desliza la cabeza, después de separar la articulación, los bordes de ésta representan aristas cortantes que pueden seccionar fácilmente los tejidos maternos; por lo que Budin y otros aconsejan la versión para verificar la extracción después de la sinfisiotomía.

Inútil es indicar que en el caso que nos obliga ahora á manifestar este peligro, la versión no es aplicable; pero ya que tratamos de la extracción después de practicada la sinfisiotomía, indicaremos que tanto la versión como el forceps, aconsejados sistemáticamente, nos parece consejo inoportuno. Creemos que este sistema, como todos en medicina, son perjudiciales. En este caso, necesariamente ha de variar nuestra conducta, según observemos después de la sección del pubis los obstáculos mayores ó menores que se oponen al descenso de la cabeza. En ocasiones, una vez verificada la sinfisiotomía, el descenso de la cabeza dícese se verifica tan rápidamente, que no sólo es inútil y contraproducente auxiliarle con una aplicación de forceps, sino que debe ser indispensable, siquiera sea por lo que respecta á nuestro asunto, detener en lo posible mecánicamente este rápido descenso, ú oponerse á él en lo posible también mediante los sedantes, para evitar la brusca distensión de las partes blandas que este rápido descenso ha de originar necesariamente. No hay que decir que si el obstáculo radicaba en el estrecho superior, y si después de practicada la sinfisiotomía observamos que la cabeza no encaja, la intervención indicada es la versión, siempre que, lo que será raro, no se presenten complicaciones que la contraindiquen. Con cabeza fija, y mucho más en la excavación, es evi-

Digitized by Google

dente que el forceps se impone, con las precauciones antedichas; y si fracasa, se impone también la basiotripsia, sea cualquiera el estado del feto.

Hoy parece que la sección lateral del pubis, hebotomía ú operación de Gigli, está llamada á prestar grandes servicios y á sustituir con grandes ventajas á la sinfisiotomía. Por lo que á nuestro asunto se refiere, sólo indicaremos ahora, que entre 90 observaciones recogidas hasta el día en que escribimos estas líneas (Gigli: *Prèsse Médicale*, 27 Mayo 1905), no se cita ningún caso de fístula después de esta intervención; y si bien las laceraciones vaginales no sólo son posibles, sino casi fatales, á juzgar por el caso de Porak, el sitio de la sección parece garantiza más la integridad del septum uro-genital. Las laceraciones que Gigli llama *quirúrgicas* no son de temer, según este autor, como en la sinfisiotomía; puesto que se respetan los ligamentos pubio-vesicales en relación con el trígono uro-vesical; pero las laceraciones que llama *obstétricas*, es decir, las originadas por otras intervenciones, ó las de origen obstétrico, ya sea por atresia de las partes blandas, ó ya por exceso de volumen de la parte fetal (y nosotros añadiremos, puesto que al autor se le olvida, por rápida distensión de esas partes blandas), son fatales. Por esto, la dilatación previa con el Kolpeurinter, y, ante todo, la colocación de la venda de caucho aséptica, al nivel de los trocánteres, que Döderlein (*L'Obstetrique*, Marzo 1905) aconseja; la posible detención en la expulsión, ó la parsimonia en la extracción, deben ser los principales medios profilácticos en cuanto se refiere á la fístula.

A pesar de las aseveraciones de Gigli, P. Bar (Soc. obs. de París, Febrero 1905) ha demostrado, mediante experiencias, que las desgarraduras vaginales son tan de temer y tan peligrosas como en la sinfisiotomía; puesto que el fragmento interno lesiona frecuentemente la uretra.

Otras modalidades de angustia pelviana, tales como el espondilicema, espondilolistesis, fracturas viciosamente consolidadas, exóstosis, osteosarcoma, etc., se concibe fácilmente las anómalas atresias que pueden originar, y las variadas intervenciones que exigirán.

Debemos incluir entre los obstáculos de origen óseo la falta de retropulsión del coxis por sus rigideces ó anquilosis; pues sabido es lo indispensable de tal retropulsión para que se verifique el desprendimiento de la cabeza (Varnier: *Obs. Jour.*); pero, sin duda alguna, esta falta de retropulsión debe estar sostenida principalmente por rigidez del periné, pues no se explica que las articulaciones coxígeas puedan resistir el esfuerzo uterino.

Distocia de partes duras, pero independiente de la pelvis ósea, es la excepcional originada por cálculos vesicales; mas todo lo que tiene de excepcional tiene de importante para nosotros, por la facili-

Digitized by Google

dad con que puede dar lugar á fístula. Inútil es indicar que la litotricia durante el embarazo, como ya la practicó Ebstein, constituye la obligada profilaxis en esta causa. Seguramente si en el acto del parto diagnosticamos tal obstáculo, será preciso extraer el cálculo mediante incisión vaginal.

Más de una vez creemos haber indicado una causa muy importante de lentitud ó detención del parto que no ha merecido la debida atención por los autores. Nos referimos al choque del parietal anterior contra el borde superior del pubis. Dependa de oblicuidad posterior de la matriz ó anterior de la pelvis, placenta previa, existencia de fibromas, etc.; verifíquese con encajamiento parcial ó antes de todo encajamiento, es lo cierto que he observado muchas veces la certeza del aserto de Laforré (*Union Médicale*, tomo VII, página 444), y he comprobado la utilidad de su sencilla maniobra. En una mujer bien conformada, con feto normal y, sobre todo, en las primíparas—dice Laforré en su interesante y poco conocido estudio, —se observa frecuentemente que, á pesar de fuertes contracciones, el parto dura dos ó más días. Su causa reside en el choque de la parte anterior fetal, que se presenta con el pubis; como se comprueba si antes de una contracción introducimos un dedo entre dicha parte y el pubis. Cuando la contracción tiene lugar, el dedo se ve comprimido de tal modo que ocasiona un vivo dolor. La energía de la contracción uterina es tal, que puede ocasionar el aplastamiento del cráneo ó su rotura, así como la discisión de la sínfisis pubiana; hecho comprobado después repetidas veces. El obstáculo, pues, está representado por el pubis, que se opone al descenso; luego si con el dedo índice empujamos atrás y abajo, durante una contracción, el parietal anterior, y logramos que éste rebase la sínfisis, no encontrando la contracción uterina otra resistencia que la de las partes blandas, termina rápidamente el parto. Así—continúa diciendo Laforré—he terminado en diez ó quince minutos partos que duraban hacia tres días. Aunque yo no he obtenido efectos tan sorprendentes, sí, repito, he comprobado en muchas ocasiones la eficacia de tan sencilla maniobra.

Es más: creo haberla auxiliado muchas veces con ventaja, empleándola con éxito á través del fondo de saco y, sobre todo, combinándola con la posición *genu-pectoral*. Tal importancia doy á la observación de Laforré, que en toda primípara con pelvis al parecer normal y con encajamiento deficiente antes del parto, busco siempre esta causa, ó inserción baja de placenta, ó procidencia de miembro, y con frecuencia las compruebo.

No ha sido solamente Laforré el que se ha fijado en este pernicioso origen de lentitud del parto, porque Muller (*Dissert. méd. chir. Collection de Thèses de Halter*, tomo II, pág. 128, edic. franc.)

Digitized by Google

ya mencionó su importancia, refiriendo el caso siguiente: «Una mujer á término siente dolores de parto, *que no se dirigen hacia el cuello uterino, que está desviado, sino hacia el hueso pubis.* Sed ardiente, pulso rápido, vómitos de materias amarillo-negruzcas; muerte al cabo de veinticuatro horas, en medio de un síncope. La placenta y casi todo el feto había pasado al bajo vientre, no quedando en la matriz sino la mitad de la cabeza, que había permanecido aplicada sobre el pubis. *No existía ningún vicio de conformación de la pelvis.* La matriz, muy gruesa en su cuerpo, apenas tenía dos líneas de espesor hacia adelante é inferiormente en el sitio en que se efectuó la desgarradura».

Esta observación, como otras que hemos citado, demuestran hasta qué punto puede llegar la acción perniciosa del obstáculo representado por el pubis á ese nivel; y no hay que olvidar que la génesis de esta distocia estriba principalmente en la oblicuidad posterior de la matriz, y quizá, y sin quizá tal vez, en la orientación anterior de la pelvis, por lo que el medio profiláctico primordial es la posición genu-pectoral.

Las distocias originadas por las partes blandas son quizá más importantes, dada su frecuencia y el obstáculo, por regla general relativo, que oponen al parto. La primera que se nos ocurre, no por su frecuencia ni importancia, sino porque alguna vez (Elsäesser: Vurzt. Correspond. Bl. Bd., IX) ha dado lugar á fístula, es la existencia de pólipos implantados en el labio anterior del cuello. Excusamos decir que, en previsión de su esfacelo y desprendimiento, se impone su sencillísima extirpación antes ó en el parto.

La existencia de cistocele préstase también á consideraciones pertinentes é interesantes. En primer término, nos explicarían ciertas localizaciones excepcionales de las fístulas; pero ante todo nos imponen una vigilancia tal vez más exagerada que en otras causas de detención del parto; así como también nos deben impedir prolongar toda espectación. Ignoro si se ha tratado sobre la oportunidad, ventajas ó inconvenientes de operar el cistocele durante el embarazo, en previsión de los peligros que pudiere ofrecer en el acto del parto, lo que es indudable ofrecerá grandes dificultades, por el diagnóstico precoz que del embarazo ha de hacerse y por los peligros inherentes al descenso del útero grávido; pero ya que no se trate de la operación radical en el embarazo, es evidente también que la más elemental precaución impone el deber de vigilar en este caso más, si cabe, el estado de repleción de la vejiga, procurando además rechazar la procidencia en el intervalo de las contracciones, y obligándonos, con mayor motivo en caso de detención del parto, á terminarle artificialmente. Playfair aconseja la punción por la vagina, cuando el cateterismo no sea posible.

Digitized by Google

Hemos indicado ya las lesiones vesicales que pueden presentarse en el embarazo, á las que predisponen la circulación común de útero y vejiga, las compresiones, y la posible infección ascendente por la existencia de flujos vulvo-vaginales. Aunque no exista infección, las lesiones circulatorias pueden ser tales, que Tridondani (*Gazzette méd. de Pavia*, 1892) se vió en la precisión de provocar el parto prematuro en un caso de hemorragia vesical.

También hemos insistido, aunque no lo suficiente, dada su importancia, sobre los obstáculos que la plenitud de la vejiga puede presentar á la marcha del parto; y estos obstáculos, repetimos, no deben referirse solamente á los mecánicos que representa su volumen, puesto que éste no resistiría la fuerza que puede desarrollar el útero; sino á esa acción especial, debilitante sobre la contractilidad uterina, que ya reconoció Jorg (*Krankheiten des Weibes*, Leipzig, 1831), Carus (*Lehrbuch der Ginecologie*, tomo II, pág. 539), Osiander, Lebret (ops. cits.), y con sobrada razón ha insistido en ello Emmet. No olvidemos que la distensión vesical, efecto de la diferencia de grosor que tiene la vejiga en el estado de vacuidad ó repleción, disminuye exageradamente el almohadillado del pubis. El tratamiento que impone dicha repleción se impone también en la dirección inteligente de todo parto. Es preciso, como indica Emmet y todos los que han tratado esta materia, no fiarse de las manifestaciones de la mujer; efectuando el cateterismo sistemáticamente. Recordemos también que el mismo Emmet, al que debe considerarse como el primer maestro en esta cuestión, no sólo faculta, sino aconseja la punción de la vejiga cuando no estemos convencidos de su vacuidad y sea imposible el cateterismo. Si existe repleción y el cateterismo no es posible, dicho está que esta punción se impone, y con mayor motivo antes de verificar cualquier intervención. Aconseja también, cuando la vejiga está llena y se aplica el forceps, elevar mediante él la cabeza para permitir el cateterismo. Y no sólo es indispensable vigilar el estado de repleción vesical durante el parto, sino también durante el puerperio; pues sabido es cuán frecuente es la paresia de la vejiga, consecutiva á partos laboriosos ó no, favorecida, asi como la intestinal, por las compresiones sufridas durante el embarazo. Esta pereza vesical, que todos sabemos puede llegar á verdadera parálisis más ó menos transitoria, parece ser tiene una génesis más complicada que la simple compresión.

En el Congreso ginecológico español (Mayo 1888) leyó el doctor Candela Pla una interesante comunicación sobre el proceso que oportunamente bautizó con el nombre de *colapso puerperal*. Dicho proceso se caracteriza en su *tercer grado* por hemorragia, parálisis intestinal y vesical, timpanismo, disnea, contracción del pulso, hipotermia, abatimiento moral, ligero estupor, ausencia de dolor y

Digitized by Google

terminación favorable, si no existe complicación extraña. La paresia ó parálisis vesical, que es un elemento de este proceso, produce retención, que dura algunas horas en su *grado segundo* y muchos días en el *tercero*. Como quiera que tal estado coincide generalmente con parto lento, y por tanto posibles lesiones del tramo genital, como se observó especialmente en uno de los casos referidos por el Dr. Candela, en el que existía una escara vulvo-vaginal generalizada á todo el conducto, es evidente la importancia que en la génesis del proceso que nos ocupa ha de tener ese estado de sideración; ya sea una entidad morbosa, lo que nosotros dudamos, ó ya sea una de tantas modalidades de la toxemia, infección ó agotamiento puerperal. Sea de esto lo que quiera, es lo cierto que dicho estado indica no sólo el cateterismo, sino los estimulantes de orden general, y particularmente los hipercinéticos, que constituyen en este caso uno de los múltiples y variadísimos medios profilácticos de las fístulas uro-genitales.

Recht (*De la miction chez la femme en couche*) ha verificado un estudio detenido de esta materia, sobre cuya importancia excusamos insistir; y M. Debout (*Bull. gen. de Ther.*, t. LIII, pág. 59) publicó un interesante caso, que sería imperdonable no mencionar, pues en él se apreció *de visu* la influencia de la retención de orina en la producción de este proceso.

«Primípara, cuyo parto duró tres días y terminó espontáneamente. Retención de orina después, que obliga á sondarla. Al noveno día se presenta un prolapso del útero, el cual pende entre los muslos, á consecuencia del cual se reproduce la retención de orina durante treinta y seis horas, al cabo de las que se presenta una grieta en la parte anterior del tumor, por la que fluye la orina, y la fístula queda constituída.»

Siendo la paresia vesical más frecuente en las primíparas, claro está que en ellas debemos exagerar la vigilancia en este sentido. Es, pues, esencialísimo sondar con sonda de goma, ó quizá mejor de cristal, para evitar traumatismos ó descamación epitelial, á toda puérpera que no haya orinado en las doce horas siguientes al parto, á pesar del cambio de posición, compresas calientes en el hipogastrio ó inyección asimismo caliente; excusando indicar los prolijos cuidados de asepsia que en este estado especialmente hemos de guardar, tanto por lo que se refiere á la desinfección de la sonda y nuestras manos, como á la de la abertura vulvar. Cuando se haya intervenido, excusamos también indicar que esta vigilancia se impone con mayor motivo.

La retención de materias fecales, que puede llegar hasta los tres meses, si hemos de creer en el célebre caso de Capurón, ejerce sus funestas consecuencias por los obstáculos mecánicos que puede ori-

Digitized by Google

ginar, por dificultar la acomodación, dificultar asimismo el descenso del parietal posterior, ocasionar á veces el edema del cuello, y aumentar la tensión intrapelviana hasta dar lugar quizá á los estragos que originó en el no menos célebre caso de Mad. La Chapelle. Menester es, por tanto, vigilar también el estreñimiento durante el embarazo y puerperio; pues además de las causas predisponentes antedichas, es evidente lo que favorece la sepsis coli-bacilar, sobre cuyos múltiples y perniciosos efectos no tenemos que insistir. No olvidemos, por tanto, recomendar enemas oleosos, salinos ó glicerinados, y si es preciso laxantes, á la mujer que no haya defecado tres ó cuatro días á lo más después de su parto.

Como ejemplo de obstáculos más ó menos raros que pueden oponerse á la progresión del feto á través de la vagina, merece citarse el siguiente caso de Jobert, que indudablemente se refiere á un quiste hidatídico (op. cit., pág. 148). «En una Vpara que había padecido á los once años un tumor hepático, se apreció en el reconocimiento un tumor vaginal. A las once horas se aplicó el forceps, habiendo orinado durante ese tiempo perfectamente y dado á luz un robusto niño, siendo el alumbramiento normal. El tumor, que durante el parto había salido de la vagina, se volvió á ocultar después. Durante el primer día orinó perfectamente; pero al siguiente sintió de pronto su cama inundada de orina, desde cuya fecha continuó el derrame involuntario por la vagina. A los tres meses se abrió el tumor vaginal espontáneamente, dando salida, según manifestación de la enferma, á materias comparables á uvas machacadas. Volvió otra vez á llenarse, hasta que, al cabo de un mes, se extirpó *á colgajos*. Ofrecía esta fístula caracteres muy originales. A muy corta distancia del meato, una abertura del tamaño de una moneda de 25 céntimos, cubierta de una concreción pétrea; y á medio centímetro, otra abertura longitudinal, que terminaba en el labio anterior del cuello, el cual estaba parcialmente destruído. La dirección de esta fístula era hacia la izquierda; su forma, curvilínea, con su concavidad dirigida á la derecha y circunscrita por bordes duros».

Causas poco frecuentes son también el hematocele y las hernias vaginales; pero la más extraña es la ectopia renal; y, sin embargo, se citan los casos de Alberts, Selemi y Lautard (Soc. Obs. de France, 1904), en los que ésta produjo no sólo distocia, sino rotura uterina. J. L. Petit citó otro, en el cual una bolsa en forma de nido de paloma retrasó el parto de tal suerte, que el conducto vagino-vulvar y la vejiga se gangrenaron. Estas causas raras nos imponen el deber de reconocimientos detenidos antes de que ocurra el parto; pues, por sabido debiera callarse, los obstáculos que producen tienen, en general, más fácil diagnóstico y tratamiento antes de iniciarse el trabajo.

Digitized by Google

Sea cualquiera la causa de la angustia pelviana, es lo cierto que algunas mujeres están predispuestas á padecer este proceso en partos sucesivos. Así lo demuestra, entre otros, el caso de Simón, citado por Monteros (op. cit., pág. 165): «Tres años después de curada una fístula de origen obstétrico, la mujer objeto de esta observación tiene otro parto laborioso, que dura treinta y seis horas y se termina con forceps. Como consecuencia se produce otra fístula, que no tiene relación con la operada anteriormente». Esto nos impone mayor vigilancia, si cabe, en todo embarazo y parto de mujer que haya sufrido fístulas.

Vamos observando, y seguiremos convenciéndonos, que los obstáculos mecánicos que presentan las partes blandas son, sin duda, los más importantes en lo que á nuestro asunto se refiere, puesto que no sólo son más frecuentes, sino que generalmente son más relativos, y más difíciles de prever sus consecuencias. Las atresias y hasta aglutinación del cuello; las distocias vaginales por retracción cicatricial ó vicios de conformación, entre ellos la vagina ciega interna estudiada por Courdoner (*Thèse Lyon*, 1901); la persistencia ó anomalías del himen, tan bien observadas por Budin; ese vaginismo tan curioso producido por la contractura voluntaria del elevador, ante el temor del dolor, que Fritsch ha indicado; todas las múltiples causas de rigidez del periné; los efectos de anomalías de la contracción uterina, etc., etc., son otras tantas múltiples causas de lentitud del parto que hemos de analizar todo lo concisamente que impone la obligada limitación de este trabajo, pero también con toda la obligada detención que su importancia exige.

(*Concluirá.*)

LA PARAPLEGIA ESPASMÓDICA

Por el Dr. E. Fernández Sanz

Médico del Hospital de la Princesa, por oposición; Médico de la Beneficencia municipal, por oposición.

(CONCLUSIÓN)

V

OBSERVACIONES CLÍNICAS

I.—Tabes dorsal espasmódica. *(Clínica del Dr. Pérez Valdés.)*

A. P., veinticinco años, de Cuenca, soltero, labrador.

No hay más antecedentes neuropáticos familiares que una parálisis, de la que murió su abuela materna; no hay datos de infección sifilítica de sus progenitores.

Digitized by Google

Él ha padecido sarampión, anginas, viruelas; ha sido mozo de taberna, y esta profesión le ha obligado á cometer algunos excesos alcohólicos.

Enfermedad actual.—Comenzó, según él, á consecuencia de un baño, estando sudando, á los diez y ocho años; los primeros síntomas fueron dolores ligeros, obtusos, continuos, pero aumentados cuando se levantaba, en la región lumbar; estos dolores se corrieron á lo largo del espinazo; después, dolores intensos en los miembros inferiores, calambres, temblor de piernas al levantarse, dificultad para andar, imposibilidad de apoyar el talón en el suelo; avanzaba de puntillas, arrastrando los pies, sin poder separarlos del piso; al sentarse, no podía doblar las piernas; los dolores del espinazo y miembros inferiores desaparecieron con los baños de Archena; ha ido en aumento la rigidez y torpeza motora de las piernas.

Estado actual.—Buen estado de nutrición, color sano. Aparatos digestivo, circulatorio, respiratorio y urinario, normales.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: en los miembros superiores, motilidad normal, salvo una ligera dificultad en la elevación del brazo. En los inferiores, muy difíciles los movimientos de muslo y pierna (débiles y poco extensos); casi imposibles los de pies y dedos; la rotación externa del pie, imposible en absoluto.

Reflejos.—Exagerados los rotulianos; muy exaltados y en flexión dorsal los plantares; los cremasterianos y abdominales, normales; no hay trepidación epileptoídea; los reflejos de los miembros superiores, normales.

Marcha.—Anda con dos muletas; ambos miembros inferiores, contracturados en extensión y adducción; pies en posición equina, rozando el suelo por la punta.

Síntomas sensitivos, sensoriales é intelectuales.—Normalidad completa.

Síntomas tróficos.—Amiotrofia generalizada en ambos miembros inferiores, sobre todo marcada en el triceps femoral y músculos ántero-laterales de la pierna.

No hay estigmas de heredo-sífilis.

Durante los varios años que lleva de permanencia en el hospital, ha persistido en estado estacionario, rebelde á todos los medios de tratamiento, pero sin decaer su estado general.

El cuadro clínico actual responde á la descripción de la tan discutida tabes dorsal espasmódica, aunque el comienzo con dolores intensos hace pensar en lesión meníngea; la amiotrofia puede explicarse por la inacción funcional ó acaso por una participación en el proceso de las astas anteriores.

Es de advertir que los esfínteres han permanecido siempre inalterados.

Digitized by Google

II.—Paraplegia espasmódica familiar. *(Clínica del Dr. Pérez Valdés.)*

M. G., veintisiete años, soltero, de un pueblo de la provincia de Madrid.

Sus padres viven sanos; tiene un hermano que padece la misma enfermedad que él (véase observación III), y otro sano; tiene tres primos que padecen de lo mismo.

Él nació normalmente, y se desarrolló sin tropiezo hasta los catorce años, no habiendo padecido más enfermedad que unas calenturas gástricas á los diez años.

Enfermedad actual.—A los catorce años observó flojedad en las piernas, que fué paulatinamente aumentando; cansancio al andar. dificultad creciente de los movimientos, tropezando en el más leve obstáculo y cayéndose con frecuencia; se le fueron torciendo los pies hacia dentro y poniéndosele de punta. Hasta tal punto se hizo difícil la marcha, que sólo podía andar con muletas; hace tres años empezó á notar pérdida de fuerza en los miembros superiores, torpeza motora en ellos y sensación de frío, aun en verano; hace dos años observó que le costaba algún trabajo hablar, como si se le trabara la lengua. No ha tenido nunca dolores, ni parestesias, ni convulsiones.

Estado actual.—Desarrollo normal, buen estado de nutrición, color sano. Oscuridad respiratoria en ambos vértices pulmonares y propagación á los mismos de los latidos cardíacos.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: marcha espasmódica típica, inclinado hacia adelante, con los miembros inferiores rígidos en extensión y adducción, arrastrando las puntas de los pies, sin separarlas del suelo, cruzando y rozando una con otra las rodillas; movimientos difíciles en ambos miembros inferiores, sobre todo en el izquierdo; en los superiores hay fuerza escasa, pero hace todos los movimientos con soltura; algo de dificultad en los movimientos de lateralidad de las comisuras labiales.

Reflejos.—Los rotulianos, de Aquiles, abdominales, cremasterianos y plantares (en flexión plantar), exagerados en ambos lados; los de los miembros superiores y el masetérico, normales.

Síntomas tróficos.—Amiotrofia general en los miembros inferiores, más en el izquierdo; pies equino-varos.

Síntomas sensitivos, sensoriales é intelectuales.—Normalidad. Palabra lenta y vacilante (ligera disartria).

La enfermedad ha ido constantemente agravándose; en seis meses de observación no se ha apreciado modificación sensible en su estado.

Tratamiento.—Aplicaciones eléctricas y ioduro potásico.

Digitized by Google

El diagnóstico de paraplegia espasmódica familiar se funda en los antecedentes y en la fidelidad con que los síntomas se ajustan á los de esta enfermedad.

III.—**Paraplegia espasmódica familiar.** (*Clínica del Dr. Pérez Valdés.*)

N. G., de veintitrés años, soltero, de un pueblo de la provincia de Madrid.

Es hermano del anterior (véanse sus antecedentes).

Nació de término, sin accidente alguno, y se desarrolló normalmente, andando, hablando y jugando como todos los niños. A los nueve años padeció infartos ganglionares inguinales, que curaron espontáneamente; á los once años, nuevos infartos supurados en el cuello, conservando cicatrices de ellos.

Enfermedad actual.—Comenzó á los doce años, con pérdida de fuerza en ambas piernas, dificultad para moverlas, torpeza y cansancio al andar; tropiezos frecuentes; á los diez y ocho años se presentaron trastornos de la palabra, tartamudez cada vez más pronunciada.

Estado actual.—Desarrollo menor del normal: es de baja estatura, aspecto de degenerado; braquicefalia; le faltan en la mandíbula superior los cuatro incisivos, un canino y siete muelas; y en la inferior, cinco muelas; los dientes que quedan, desgastados hasta su cuello, al ras del borde gingival; tiene un pelotón voluminoso de ganglios hipertrofiados en la región supra-hioídea; los miembros, tanto superiores como inferiores, son robustos, musculosos, bien nutridos; pies varo-equinos, cortos y anchos.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: marcha espasmódica característica, de puntillas, con las piernas pegadas la una á la otra y el tronco inclinado adelante (no puede andar sin muletas); los movimientos de los miembros inferiores son muy torpes y poco extensos.

Reflejos.—Exagerados los rotulianos, de Aquiles, abdominales, cremasterianos y plantares (en flexión plantar) en ambos lados.

Síntomas sensitivos y sensoriales.—Normalidad.

Síntomas intelectuales.—Inteligencia escasa y nada cultivada; sensación de bienestar permanente; aspecto risueño, muy satisfecho de su estado.

Palabra.—Muy torpe, lenta, balbuciente; gran dificultad para pronunciar las linguales (sobre todo la *l* y *ll*).

El estado de este enfermo no ha tenido alteración durante un año de permanencia en la clínica.

El diagnóstico se funda en las mismas consideraciones hechas

Digitized by Google

en la observación II; ambos diagnósticos se corroboran mutuamente; en este enfermo aparecen más acentuados los síntomas bulbares; en cambio, los miembros superiores no ofrecen alteración alguna.

IV.—**Paraplegia espasmódica familiar.** (*Clínica del Dr. Madinaveitia.*)

F. R., de sesenta y cuatro años, de Soria, soltero, labrador.

Su madre murió, á los sesenta y cinco años, de un ataque cerebral; su padre, de pulmonía. Tiene un hermano sano; se le han muerto ocho en la infancia y juventud; uno de ellos padeció la misma enfermedad que él, y murió á los veintiún años, imposibilitado de ambas piernas; dos primos, hijos de un hermano de su madre, padecen de la misma enfermedad.

Él nació bien, de término, sin contratiempo, y se desarrolló normalmente; á los doce años estaba completamente bien, sin que hasta entonces hubiera padecido enfermedad alguna; á esa edad, y, según él, á consecuencia de un enfriamiento, experimentó intensa sensación de frío y pérdida de conocimiento, que duró media hora; al volver en sí, se encontró con que apenas podía mover las piernas. Así ha continuado hasta la fecha, con inmovilidad de los miembros inferiores, calambres en los mismos y rigidez progresiva; durante cincuenta y dos años han persistido estos síntomas, sin más alteración que el aumento de la rigidez é impotencia motora de los miembros inferiores.

Estado actual.—Es un hombre robusto, bien conservado, en buen estado de nutrición, de color animado. Aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio y urinario, normales.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: algo disminuídos los movimientos de los miembros superiores (torpes y débiles). Miembros inferiores: muy disminuída su motilidad; los movimientos de flexión y extensión de pierna y muslo, muy difíciles, lentos y débiles; los de los pies, casi imposibles; los de los dedos, posibles, pero muy difíciles; ligera contractura de ambos miembros inferiores en extensión y adducción.

Reflejos.—Muy exagerados los rotulianos, así como los plantares (en flexión dorsal); los cremasterianos, normales; los de codos y muñecas, algo exaltados.

Síntomas tróficos.—Amiotrofia ligera en ambos miembros inferiores; equinismo poco marcado de los pies.

Síntomas sensitivos, sensoriales, intelectuales y lenguaje.—Normalidad completa.

El cuadro clínico es el de la paraplegia espasmódica pura en estado de impotencia motora (no se levanta de la cama), sin causa

Digitized by Google

alguna apreciable á que atribuirla; atendiendo á los antecedentes de familia (un hermano y dos primos atacados de la misma enfermedad) y á la edad en que comenzó el proceso, he hecho el diagnóstico de paraplegia espasmódica familiar; algo extraño es el comienzo, de apariencia aguda con pérdida de conocimiento; pero probablemente la afección llevaría ya algún tiempo de existencia, y aquel accidente, determinado según el enfermo por un enfriamiento, serviría de ocasión para que se fijara en ella.

V.—**Esclerosis lateral amiotrófica.** (Véase mi artículo publicado en *El Siglo Médico*, núms. 2.584 y 2.585.)

N. N., de cuarenta y ocho años, soltero, dibujante, de Valencia. Sin más antecedentes familiares ni personales dignos de mención que el haberle obligado su profesión á ejercitar excesivamente los músculos de la mano.

Enfermedad actual.—En el otoño de 1901 observó inseguridad en los movimientos delicados de los dedos; no podía dibujar con la destreza habitual, y tardaba mucho en hacer el más sencillo trabajo; esta torpeza fué en progresivo aumento, hasta el punto de impedirle consagrarse á sus trabajos acostumbrados; en la primavera de 1902 observó que se le quedaban muy delgadas las palmas de las manos; fué exagerándose este adelgazamiento y haciéndose extensivo á los brazos y hombros; en el verano siguiente observó flojedad en las piernas, trastornos en la marcha, que, exagerándose en ocasiones, llegaron á determinar algunas caídas.

Estado actual (Octubre de 1902).—Es un hombre alto, bien constituído, delgado; en ambas manos se apreció amiotrofia marcadísima en las regiones tenar, hipotenar é interósea, más en el lado derecho; amiotrofia evidente en ambos brazos y antebrazos, y más en los hombros; la impotencia motora guardaba relación con la distribución de la amiotrofia; los movimientos de los dedos eran posibles, pero muy lentos, limitados, sin fuerza y sin precisión; los del antebrazo y mano se conservaban bien, pero los del brazo, sobre todo la elevación y abducción, eran muy difíciles; en los miembros inferiores había amiotrofia, pero no muy acentuada, y los movimientos se hacían con relativa facilidad.

Estaban los reflejos tendinosos de los miembros inferiores considerablemente exagerados; había trepidación epileptoídea; el reflejo plantar estaba en ambos lados muy exaltado, determinando una intensa reacción motora. Había simultáneamente frecuentes calambres en las piernas, sobre todo cuando estaba acostado.

Posteriormente continuó progresando la enfermedad, acentuándose los trastornos de la marcha, hasta el punto de impedirle andar

Digitized by Google

solo; aumentó la amiotrofia, la contractura se hizo permanente, y al cabo de algunos meses se presentaron síntomas reveladores de la participación del bulbo en el proceso, disartria, atrofia lingual, trastornos de la deglución y de la fonación.

El diagnóstico es evidente; nada más característico que esta combinación de amiotrofia electiva en los miembros superiores y de parálisis con contractura y exageración de reflejos en los inferiores, completados por la fase bulbar; la evolución relativamente rápida corrobora el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica.

El tratamiento ha consistido en revulsión espinal con el termocauterio, ioduro potásico, preparados de estricnina, aplicaciones galvánicas en los músculos en vía de atrofia, alimentación abundante.

VI.—Esclerosis combinada medular (pelagra). (*Clínica del Dr. Alonso Sañudo.*)

T. G., cuarenta y tres años, soltero, de un pueblo de la provincia de Madrid; yesero.

No tiene antecedentes de familia dignos de mención. Padeció á los veinte años tercianas, curando sin consecuencias. No ha padecido sífilis. Ha cometido habitualmente excesos alcohólicos. Ha vivido siempre en su pueblo natal.

Enfermedad actual.—Al comenzar la primavera de 1900, sin causa á que atribuirlo, se le presentaron en los dorsos de las manos unas rosetas de color rojo vivo, que le picaban mucho; después se le formaron ampollas muy grandes llenas de un líquido claró, que se secaron, quedando en su lugar películas y luego grietas; estos fenómenos se sucedían desde Marzo hasta Junio, quedando á partir de esta fecha bien de las manos; al año siguiente, en la misma época, se repitieron los mismos síntomas con idéntica evolución; al tercer año (1902) se presentaron las alteraciones cutáneas un poco antes, en Febrero, y además observó trastornos de la marcha; andaba haciendo *eses*, tropezando en los más pequeños obstáculos; le parecía que tiraban de él hacia atrás, y se cayó tres ó cuatro veces; también frecuentemente, sobre todo estando acostado, se le quedaban las piernas agarrotadas, con fuertes dolores desde la región lumbar hacia abajo. En Agosto desaparecieron todos estos síntomas; pasó bien el otoño y parte del invierno, y al llegar Enero del corriente año (1903) volvió á empeorar; se presentó de nuevo el eritema de las manos, durando sólo un mes; á continuación aparecieron los mismos trastornos de la marcha que el año anterior (vacilante, con sensación de impulsión hacia atrás; caídas frecuentes); calambres; dolores como de latigazo á lo largo de los miembros abdominales; además, entorpecimiento transitorio de la lengua, que le

Digitized by Google

impedía hablar. Fuerte dolor de cabeza continuo en la región temporal, indicios de trastorno mental (deseos de golpearse contra las paredes, de tirarse por un balcón); mal humor constante, taciturno, irritable; á la vez diarrea no muy intensa (dos deposiciones diarias).

Estado actual.—El aspecto general revela buen estado de nutrición; color de cara arrebatado, encendido; nariz rubicunda, con vascularización manifiesta en la punta (facies alcohólica).

Sistema nervioso.—Síntomas motores: todos los movimientos se hacen normalmente, excepto los de los miembros inferiores, en los que dice el enfermo que experimenta gran flojedad, aunque su exploración sólo revela ligera disminución de la fuerza muscular; hay incoordinación motora bien manifiesta (sobre todo con los ojos cerrados) en los miembros inferiores, y no tanto en los superiores.

Reflejos.—Notablemente exaltados los rotulianos y los del codo y muñeca, faltando los cremasterianos y los plantares; los abdominales, bien.

Síntomas sensitivos.—Sólo se observa retardo de la percepción táctil y dolorosa en el miembro inferior izquierdo, más acentuada por debajo de la rodilla; en el resto, normalidad.

Síntomas tróficos.—Amiotrofia difusa, predominando en la región ántero-lateral de ambas piernas, y sobre todo en los bordes internos de los antebrazos y regiones hipotenar de las manos; pies varos; la piel del dorso de las manos es muy delgada, lisa, brillante, satinada, tersa, íntimamente adherida á las capas subyacentes; presenta algunas fisuras y resquebrajaduras poco profundas; es de color rojizo, eritematosa.

Síntomas sensoriales.—Normalidad; reflejos pupilares íntegros.

Síntomas intelectuales.—Hay menos excitación psíquica que hace algunos meses; ha mejorado la condición de su carácter, aunque persiste la pérdida de memoria.

Aparato digestivo.—Hay diarrea ligera (dos ó tres deposiciones diarias, semilíquidas, sin dolor ni escozor).

Aparatos respiratorio, circulatorio y urinario.—Normales.

Sin mejoría apreciable fué dado de alta á fines de Mayo.

El tratamiento ha consistido en ioduro potásico y ácido arsenioso, dos miligramos diarios en dos gránulos.

Aunque ninguno de los síntomas que presenta este enfermo es bastante por sí solo para fundamentar el diagnóstico, el conjunto es bastante característico; si analizamos uno por uno los síntomas cutáneos, gastro-intestinales, sensitivos, motores y aun mentales, poco nos enseñarán aisladamente; pero la combinación del eritema, de la paraplegia, de las alteraciones mentales, de las perturbaciones intestinales, evolucionando periódicamente, presentándose cada año al comenzar la primavera para decrecer en el verano y desapare-

Digitized by Google

cer en el otoño, forman un conjunto que responde con bastante exactitud al de la pelagra; esta consideración del complejo sintomático es la que hace pensar en el diagnóstico citado.

VII.—**Esclerosis en placas.** (*Clínica del Dr. Alonso Sañudo.*)

J. R., de setenta y un años, viudo, de Cuenca, estampador en grabado.

Sin antecedentes familiares neuropáticos.

Padeció de niño la viruela; ha tenido tres blenorragias, y coincidiendo con una de ellas manifestaciones articulares; ha sido y es muy predispuesto á catarros, padeciéndolos todos los inviernos. Ha vivido en Madrid desde hace cincuenta años, trabajando primero como papelista y después en fototipia. Ha sido muy aficionado al tabaco y al alcohol, embriagándose varias veces.

Enfermedad actual.—Comenzó bruscamente, hace diez y siete años, una tarde que había cometido algunos excesos alcohólicos; cayó de improviso al suelo, con pérdida de conocimiento, que duró doce horas; al volver en sí no podía mover ni brazos ni piernas ni el tronco; continuó posteriormente la impotencia motora, desarrollándose gradualmente una intensa contractura de los cuatro miembros, con calambres y temblor muy violento al intentar hacer algún movimiento; al principio tuvo también dolores en la columna vertebral, pero desaparecieron pronto; desde que empezó la enfermedad no se ha levantado de la cama. Ingresó en el hospital el año 1885; desde esa fecha hasta ahora no ha experimentado variación alguna, salvo la exageración de la contractura y del temblor.

Estado actual.—No obstante su avanzada edad y su larga estancia nosocomial, recluído en el lecho, el estado de nutrición es bastante satisfactorio. Aparato digestivo: apetito escaso, dolor de estómago, vómitos pituitosos matutinos, eructos agrios, gran estreñimiento. Aparato respiratorio: respiración fatigosa, tos pertinaz con abundante expectoración mucosa, aumento de sonoridad pulmonar con zonas suplementarias (sobre hígado y corazón), murmullo vesicular exagerado, con estertores de burbujas gruesas. Aparato circulatorio: choque de la punta, imperceptible á la vista y al tacto; disminución de la macidez cardíaca absoluta; latidos difícilmente audibles; pulso pequeño, blando, muy débil. Aparato urinario: normal.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: los movimientos de cara, lengua, cuello y tronco, normales y fáciles; en los miembros son todos los movimientos muy difíciles, y sólo posibles en muy corta extensión (sólo puede hacer una ligera elevación de brazos y flexión de antebrazos; algo más extensa, pero también muy disminuída, la

Digitized by Google

flexión de muslo y pierna); temblor intencional exageradísimo, muy intenso y extenso en los cuatro miembros, provocado por el más pequeño movimiento; este temblor no es de oscilaciones rítmicas, sino desordenado, lanzando los miembros en todas direcciones. Hay exagerada contractura de las extremidades superiores en semiflexión de antebrazo, extensión y pronación de mano, extensión de la primera falange de los dedos, con ligera flexión de las dos últimas. Invencible contractura de los miembros inferiores en extensión de todos sus segmentos (sobre todo del pie) y adducción.

Reflejos.—Todos los tendinosos y cutáneos de los cuatro miembros, sumamente exagerados, provocando intensas y prolongadas trepidaciones y temblor desordenado; esto ocurre con los de codo, muñeca, rotulianos, de Aquiles, cremasterianos y plantares (en flexión dorsal); hay trepidación epileptoídea.

Síntomas tróficos.—Amiotrofia general en los miembros superiores; en los inferiores, más marcada en las piernas; pies varo-equinos con garra de dedos.

Síntomas sensitivos.—Normalidad.

Síntomas sensoriales.—Pupilas contraídas; reaccionan muy perezosamente á la luz y acomodación; no hay nistagmus ni aun en las posiciones extremas del globo ocular.

Palabra.—Lenta, temblorosa, entrecortada.

Síntomas psíquicos.—Pérdida de memoria; carácter irritable, difícil de contentar.

Es un caso de esclerosis en placas, caracterizado por la contractura cuadriplégica. La exaltación de reflejos, el temblor intencional y los trastornos de palabra, de comienzo brusco, con *ictus* y con integridad sensitiva: conocido es el importante papel que en la sintomatología y evolución de la esclerosis en placas juegan estos *ictus*, que se han atribuído, sin pruebas suficientes, á accidentes congestivos encefálicos.

VIII.—Esclerosis en placas. *(Clínica del Dr. Valle.)*

M. M., veintiocho años, soltero, de Jaén, jornalero.

Su padre padecía de accidentes epilépticos.

Él ha vivido siempre en el campo, dedicado exclusivamente á las faenas agrícolas; ha cometido algunos excesos alcohólicos; ha padecido cuatro veces paludismo de forma intermitente cotidiana, durándole cada vez un mes próximamente.

Enfermedad actual.—Comenzó en Marzo del año actual (1903), de un modo brusco: encontrándose en plena salud, dióle de improviso un mareo, viendo los objetos dobles; le flaquearon las piernas y cayó al suelo, continuando la sensación de vértigo y la turbación de la vista, pero conservando el conocimiento, aunque le era imposible

Digitized by Google

moverse; á la media hora pudo levantarse, conservando debilidad y torpeza motora; este ataque se ha repetido desde esa fecha 14 ó 16 veces, siempre con los mismos caracteres; además, ha ido sucesivamente experimentando gran flojedad en los miembros, dificultad creciente para andar, fuerte temblor de brazos y piernas al hacer algún movimiento, palabra torpe y confusa, dolores pasajeros en la región lumbar, propagados á ambas piernas; el último acceso de vértigo, con caída al suelo, impotencia motora y diplopia, le dió el 5 de Agosto, motivando su ingreso en el hospital.

Estado actual.—Es de muy baja estatura, buen estado de nutrición, color sano. Aparatos digestivo, circulatorio, respiratorio y urinario, normales.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: torpeza y debilidad en todos los movimientos de los miembros, pero sobre todo en los derechos; al entrar en contracción los músculos, se provoca temblor de todo el miembro; este temblor se exagera á medida que va siendo más extenso el movimiento que le ha producido; es más fuerte en los miembros derechos; la estación bípeda está perturbada por el temblor general; la marcha es muy difícil, con ayuda de un bastón; los pasos son muy cortos, con los pies muy separados; es una marcha incoordinada por el temblor. En la lengua hay también temblor é incoordinación.

Reflejos.—Muy exagerados los rotulianos, de Aquiles y plantares (en flexión dorsal); aumentados los del codo, los cremasterianos y el mandibular.

Síntomas sensitivos y tróficos.—Normalidad.

Síntomas sensoriales.—Ruidos subjetivos (como de grillos) en ambos oídos; en el resto normalidad (no hay nistagmus).

Síntomas intelectuales.—Estado de ansiedad; propensión á llorar sin motivo, sueño escaso, agitado.

Palabra.—Torpe, confusa, lenta, entrecortada; sobre todo, difícil la pronunciación de labiales y linguales.

Tratamiento.—Ha consistido en revulsión espinal y medicación sedante.

Es una forma típica de esclerosis en placas, de comienzo brusco y marcha rápida; los accesos de vértigos, los ruidos de oídos, la incoordinación, parecen indicar alguna complicación laberíntica ó de vías vestibulares.

IX.—Meningo-mielitis blenorrágica. (*Clínica del Dr. Pérez Valdés.*)

R. V., treinta y cuatro años, de Madrid, soltero, jornalero.

Su padre murió hemiplégico, á los setenta y tres años.

Él ha cometido muy precozmente abusos venéreos; á los trece

Digitized by Google

años tuvo chancros blandos, múltiples, supurantes, que desaparecieron sin consecuencias. A los veintisiete años contrajo la blenorragia; á los pocos días de haberse presentado el flujo uretral, experimentó dolores en la región posterior de la pierna derecha, que se propagaron luego á la izquierda; al mes, orquitis izquierda; al mismo tiempo, dolor continuo intenso en la nuca, con contractura, durante ocho días; el flujo uretral se hizo crónico; estuvo en Cuba, donde padeció paludismo por espacio de veintidós meses, disentería y anemia post-palúdica; en dos ocasiones se le hincharon las rodillas. Al regresar á España se curó del paludismo y de la anemia; pero los dolores de las piernas, que se le habian quedado muy delgadas, débiles y como dormidas, fueron en aumento; estos síntomas han ido agravándose hasta el punto de no permitirle andar sin muletas.

Estado actual.—Buen estado de nutrición, color sano. Aparatos digestivo (incluso defecación), respiratorio y circulatorio, normales. Aparato génito-urinario: ha tenido conatos de micción imperiosa; flujo uretral crónico, que se exacerba temporalmente.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: localizados en los miembros inferiores, sobre todo en el derecho; sus movimientos son muy difíciles (especialmente la extensión de la pierna); movimientos de los pies, más fáciles.

Reflejos.—Los rotulianos, exagerados en ambos lados; los plantares lo mismo (en flexión plantar), así como los cremasterianos y abdominales.

Sensibilidad.—La objetiva, normal. Dolores al hacer movimientos, partiendo de la región sacra, y propagándose por ambos lados por delante, y más aún por detrás, hasta la mitad de la pierna.

Síntomas tróficos.—Amiotrofia muy acentuada en ambos muslos, predominando en la región ántero-interna y en las nalgas.

Marcha.—Es muy difícil; sólo con ayuda de muletas, con los miembros inferiores unidos y arrastrando los pies.

El tratamiento ha consistido en levadura de cerveza para combatir una agudización del flujo uretral, ioduro potásico, masaje y gimnasia: no se ha obtenido mejoría.

El diagnóstico de paraplegia blenorrágica se funda en la presencia de trastornos motores y dolorosos en los miembros inferiores, coincidiendo con una blenorragia y sin ninguna otra causa á que achacarlos: el análisis detallado de los síntomas inclina á pensar en una determinación meningo-medular.

X.—Sífilis medular. *(Clínica del Dr. Redondo.)*

V. A., cuarenta años, viudo, barrendero, de la Coruña.

Se le ha muerto un hijo recién nacido, y otro de meningitis; su mujer ha tenido dos abortos.

Digitized by Google

El padeció á los nueve años viruela, y á los veintidós pulmonía. Hace catorce años contrajo la sífilis (chancro, bubón, roseola), descuidando mucho el tratamiento; tomó muy poco mercurio, y muy tarde (al año); desaparecieron al cabo de un año las manifestaciones sifilíticas, y quedó relativamente bien, aunque sentía cansancio general, disminución de agudeza visual y fotofobia.

Hace tres años notó pesadez y torpeza en la pierna, tropezando fácilmente con ella en las desigualdades del terreno; después fué observando dificultad creciente para mover las piernas, hasta impedirle andar; á veces se le ponían envaradas, con calambres y acorchamiento de las mismas, dolores como relámpagos en riñones y corvas; micción y defecación imperiosas, siendo la primera entrecortada y necesitando apretar para terminarla; disminución considerable de la potencia genital; posteriormente, dolor de cabeza, visión confusa, viendo los objetos dobles; mareos frecuentes con sensación giratoria. Ingresó en el hospital en Noviembre de 1902; ha sido tratado con ioduro potásico y mercurio en unciones é inyecciones hipodérmicas.

Estado actual.—Buen estado de nutrición. Aparato digestivo: estreñimiento, pasándose ocho días sin defecar; otras veces diarrea con deposiciones imperiosas, sin poderse contener.

Aparato urinario.—Micción frecuente, imperiosa; no puede orinar voluntariamente, sino sólo cuando siente el deseo.

Sistema nervioso. — Síntomas motores: movimientos de la comisura bucal izquierda y del facial superior del mismo lado, más difíciles que los del derecho; todos los movimientos de los miembros superiores son posibles, pero con ligera incoordinación, sólo perceptible al hacer movimientos finos. Motilidad de los miembros inferiores: no aparece objetivamente disminuída, aunque el enfermo se queja de flojedad en las piernas; hay manifiesta incoordinación motora en ambas extremidades abdominales.

Reflejos. — Los rotulianos, exagerados, sobre todo el izquierdo, con *clonus* del triceps; los cremasterianos, normales; los plantares, exagerados en ambos lados y en flexión dorsal; considerable hiperexcitabilidad refleja en los miembros inferiores. Hay normalidad sensitiva.

Síntomas sensoriales. — Parálisis del recto interno del ojo derecho, completa en los movimientos aislados, incompleta en los asociados. Pupila izquierda miósica, deformada por sinequias posteriores; reacciona perezosamente á la luz; acomodación y dolor; la derecha, miósica, completamente inmóvil, muy deformada por sinequias; no reacciona. Agudeza visual: en el ojo izquierdo, normal; en el derecho, muy disminuída.

Marcha.—Es tabeto-espasmódica, resultante de la contractura y

Digitized by Google

de la incoordinación; aquélla determina el deslizamiento de los pies y el acortamiento de los pasos; ésta la brusquedad de los movimientos; en la bipedestación hay signo de Romberg.

El tratamiento ha consistido en ioduro potásico y unciones mercuriales.

Es una forma difusa de sífilis cerebro-medular (sifilosis cerebro-medular de Fournier), con lesiones esparcidas por toda la extensión de los centros nerviosos; en la medula adopta el tipo de esclerosis combinada látero-posterior (paraplegia espasmódica é incoordinación).

XI.—**Sífilis medular incipiente.** (*Clínica del Dr. Redondo.*)

A. V., cuarenta y cuatro años, de Murcia, casado, jornalero.

Sin antecedentes familiares dignos de mención.

Ha pasado la mayor parte de su vida en Cuba, donde padeció paludismo y anemia, viéndose obligado á repatriarse; sufrió hace cuatro años una caída de caballo, fracturándose la clavícula. En 1888 contrajo la sífilis (chancro, manifestaciones cutáneas y mucosas), quedando, al cabo de un año, aparentemente curado; se trató con específicos y con píldoras de protoioduro hidrargírico, por espacio de cuatro ó cinco meses. Ha padecido blenorrea crónica durante diez y seis años.

Enfermedad actual.—Empezó hace cinco meses, sin causa á que achacarla; experimentó adormecimiento, insensibilidad en la pierna derecha, frialdad y algo de rigidez en la misma, aunque podía moverla y andar (no sentía el suelo); ha ido en aumento la pesadez de la pierna, siéndole difícil moverla y cansándose muy pronto; á veces se le pone el pie como agarrotado, pero sin dolores.

Estado actual. — Regular estado de nutrición: delgadez, color sano. Aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio, normales. Aparato urinario: micción frecuente, imperiosa; otras veces muy difícil, laboriosa.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: dificultad y torpeza en los movimientos del miembro inferior derecho, sobre todo los del pie; en el resto, normalidad.

Reflejos. — Los rotulianos, exagerados en ambos lados, pero más en el derecho; también exaltados los plantares (en flexión dorsal); los de codo y muñeca, exagerados en ambos lados.

Sensibilidad.—Normalidad objetiva: hormigueos y sensación de frío en el miembro inferior derecho, desde la cadera hasta la pierna.

Es una forma incipiente dè sífilis medular, sin que sea posible precisar todavía la forma que ha de adoptar, aunque parece esbozarse la paraplegia espasmódica.

Digitized by Google

XII.—Sífilis medular. *(Clínica del Dr. Redondo.)*

P. D., veintinueve años, soltero, de Madrid, estudiante.

Sin antecedentes familiares que merezcan anotarse.

Contrajo la sífilis hace diez años (chancro, manifestaciones cutáneas y mucosas); duraron los trastornos tres meses, al cabo de los cuales quedó, al parecer, curado; el tratamiento fué rápido, pero muy corto (veinte días), consistiendo en jarabe de Gibert, píldoras de Ricord y ioduro potásico.

Enfermedad actual.—Comenzó en Octubre de 1902; los primeros síntomas fueron dolores intensos á lo largo de la pierna izquierda, desde la cadera al tobillo, y después en el brazo derecho; simultáneamente, fiebre durante seis días; flojedad en la pierna izquierda; hormigueo en el pie del mismo lado; posteriormente se calmaron los dolores, aumentó mucho la debilidad muscular, hasta el punto de entorpecer la marcha y dar lugar á caídas; á la vez gran adelgazamiento, calambres en los miembros; ha tenido ligeros accesos febriles, que han durado muy pocos días.

Estado actual.—Mal estado de nutrición, considerable enflaquecimiento, color pálido.

Aparato urinario. — Micción imperiosa, frecuente y escasa; al principio fué involuntaria.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: todos los movimientos posibles, pero con escasísima fuerza, sobre todo los del miembro inferior izquierdo; incoordinación motora, especialmente marcada en las extremidades inferiores, pero también apreciable en las superiores.

Su marcha revela la combinación de rigidez y ataxia; anda á pasos cortos, despacio, pero lanza las piernas con rapidez y las deja caer bruscamente (taloneo); al volverse de pronto y al pararse, pierde el equilibrio; en la bipedestación no hay signo de Romberg, pero se determina un intenso temblor general que perturba el equilibrio.

Síntomas tróficos. — Amiotrofia general, sobre todo marcada en regiones deltoídeas, en borde externo de antebrazos, región posterior de muslo y ántero-externas de piernas.

Reflejos.—Muy exaltados todos los tendinosos y cutáneos, sobre todo en los miembros inferiores (el plantar en flexión plantar).

Sensibilidad.—Dolores espontáneos en región lumbar; dolor á la presión en cabeza peroné y cara posterior de los muslos, así como en cara interna de los brazos.

Reflejos pupilares normales.

Es una meningo-mielitis sifilítica difusa, con síntomas de los cordones posteriores y laterales de las astas anteriores (amiotrofia) y de la sustancia gris cerebral (trastornos de esfínteres); acaso están también alterados los troncos nerviosos (dolores á la presión).

Digitized by Google

XIII.—Mal vertebral de Pott. (*Clínica del Dr. Pérez Valdés.*)

V. O., treinta y siete años, de Ciempozuelos (Madrid), casado, albañil.

Su madre y un hermano padecen de accesos convulsivos con pérdida de conocimiento.

El padeció hace varios años la gripe; después, frecuentes catarros, blenorragia, paludismo durante tres meses. Ha cometido excesos alcohólicos.

Enfermedad actual.—Hace cuatro años notó dolor en el espinazo, hacia la cintura; fué el dolor en aumento, haciéndose tan intenso que le obligaba á arrojarse al suelo, propagándose al pecho, como si se le apretaran; desapareció el dolor agudo, quedando uno sordo, continuo; al año volvió el dolor intenso, repitiéndose varias veces estos accesos; paulatinamente fué experimentando dificultad para andar (exacerbación del dolor). El año pasado observó tumefacción y deformidad de la columna vertebral; estuvo quince días en el Hospital general, aliviándose algo el dolor; al poco tiempo sintió hormigueo en la pierna derecha, más tarde en la izquierda; insensibilidad en ambas, pero á la vez intensos dolores en las mismas y pérdida de fuerza (primero en la derecha), dificultad de movimientos, rigidez intermitente, algunos calambres; imposibilidad de andar.

Estado actual.—Ligera tos y expectoración; en el vértice derecho, disminución de sonoridad y rudeza respiratoria (también en el izquierdo); espiración prolongada.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: miembros inferiores contracturados en extensión y adducción, con los pies equinos; la intensa contractura impide los movimientos activos y pasivos.

Reflejos.—El rotuliano izquierdo, exagerado; el derecho, impedido por la contractura; por la misma razón no se pueden explorar los cremasterianos; los plantares, muy exagerados, en flexión dorsal.

Síntomas sensitivos.—En el miembro inferior izquierdo, hipoestesia táctil y dolorosa, con grandes errores de localización en pie y pierna y anestesia térmica; en el derecho, hipoestesia táctil con errores de localización, hiperestesia dolorosa y anestesia térmica en pie y pierna.

Síntomas subjetivos.—Dolores muy intensos, agudos, fulgurantes en ambas piernas, más en la derecha, arrancando del talón y subiendo por detrás hasta la región lumbar.

Las apófisis espinosas de las vértebras 6.ª y 7.ª dorsales aparecen prominentes y desviadas á la derecha, dando lugar á una kifoescoliosis angular.

Digitized by Google

El tratamiento ha consistido en la administración de analgésicos (fenacetina, inyecciones hipodérmicas de morfina) y en la aplicación de un vendaje de cuerpo silicatado, con el que mejoró de tal manera, que á los tres meses dejó el hospital, sin dolores y restablecida *por completo* la normalidad motora de las piernas.

El conjunto de los síntomas que presentaba este enfermo respondía muy exactamente al de la compresión medular lenta; teniendo en cuenta la desviación vertebral, la forma angular de ésta y los signos torácicos, debe pensarse en una tuberculosis vertebral.

XIV.—Mal vertebral de Pott. (*Clínica del Dr. Valle.*)

F. D., cuarenta y nueve años, casado, de Valdemoro, cochero.

Ha tenido varios hijos: uno murió á los veinte años, de un vómito de sangre; otro á los siete, de anemia; tres en la primera infancia, de ataques convulsivos.

Él no ha padecido más enfermedad que una pulmonía hace tres años; desde entonces experimenta fatiga al hacer algún esfuerzo; ha cometido habitualmente excesos alcohólicos.

Enfermedad actual.—Comenzó hace un año, siendo debida, según él, al susto y disgusto que le causó la muerte repentina de su hijo mayor. Los primeros síntomas fueron dolores fuertes, continuos, en la parte inferior de la región dorsal del espinazo, propagándose hacia delante á modo de cinturón; en el invierno último padeció un fuerte catarro que le obligó á ingresar en el hospital, y durante la convalecencia empezó á sentir flojedad en las piernas, sensación de adormecimiento é insensibilidad en ellas, hormigueo en las pantorrillas, exacerbación de los dolores de la cintura, á la vez abultamiento del espinazo en la región dorsal, falta de apetito, cansancio genéral y adelgazamiento rápido. Ingresó en el hospital el 16 de Julio; ha tomado el aceite de hígado de bacalao y se le han puesto botones de fuego á lo largo del espinazo, habiendo mejorado notablemente.

Estado actual.—Mal estado de nutrición; delgadez general, más marcada en las paredes costales; color pálido. Desviación angular de la columna vertebral dorsal hacia atrás y algo á la derecha, comprendiendo las apófisis espinosas 6.ª y 7.ª; este abultamiento es ligeramente doloroso espontáneamente y mucho á la presión.

Aparato respiratorio.—En el vértice izquierdo, la espiración es más intensa que la inspiración, y de igual duración; en las bases, disminución del murmullo vesicular; en el vértice izquierdo, sonoridad disminuída, corazón pequeño; late la punta en el cuarto espacio, dos dedos por dentro de la mamila. Pulso raro, lento, de regular amplitud.

Digitized by Google

Sistema nervioso.—Síntomas motores: paresia de ambos miembros inferiores (todos sus movimientos son posibles, pero lentos y con escasa fuerza).

Reflejos.—El rotuliano izquierdo, exagerado; el derecho, normal; los plantares, exaltados, en flexión dorsal.

Sensibilidad.—Han desaparecido los fenómenos de adormecimiento de piernas; sólo experimenta hormigueo en ellas cuando anda; hay ligera hiperalgesia é hiperexcitabilidad refleja en ambos pies; más en el izquierdo.

Los síntomas son los de una compresión medular lenta, menos avanzada que la de la observación anterior. ¿A qué es debida la desviación vertebral, origen de la compresión? Aunque la edad del enfermo no es la más á propósito para la tuberculosis ósea, la forma de la desviación, los antecedentes de familia, la falta de signos reveladores de otra causa, hacen muy probable la hipótesis de mal vertebral de Pott.

XV.—Traumatismo medular. *(Clínica del Dr. Redondo.)*

A. R., de treinta y ocho años, de Ávila, casado, jornalero.

Sin antecedentes interesantes, ni familiares ni personales.

A mediados de Mayo de 1902 sufrió una caída de un árbol, recibiendo el golpe en la parte inferior de la espalda; en los primeros momentos no podía moverse ni hablar, pero conservaba el conocimiento; á los pocos minutos pudo mover la mitad superior del cuerpo, pero los miembros inferiores continuaban insensibles é impotentes; estuvo cinco meses en cama, paralizado y como muerto desde la cintura hacia abajo, con incontinencia de orina y de heces; experimentaba bruscas rigideces y sacudidas en las extremidades abdominales. A los cinco meses recobró la facultad de hacer algunos ligeros movimientos en los miembros inferiores, pudiendo abandonar el lecho; la marcha era muy difícil, con dos muletas; andaba con las piernas juntas y los pies de punta, arrastrando; continuaba, aunque no tan completa, la insensibilidad de las piernas y la incontinencia de esfínteres. Fué posteriormente recobrando la sensibilidad y aumentando los movimientos, haciéndose éstos más rápidos y seguros; sucesivamente le fué posible andar con una muleta, con un bastón, y por último, aunque torpemente, sin apoyo alguno. Desapareció la incontinencia rectal, persistiendo la vesical. En esta situación ingresó en el hospital á primeros de Marzo de 1903.

El estado general era excelente; no presentaba huellas de la enfermedad sufrida. Una exploración detenida reveló la integridad de todos los aparatos y órganos, incluso del sistema nervioso (motilidad, sensibilidad), con una sola excepción, la incontinencia de

Digitized by Google

orina, que le obligaba á llevar constantemente colocado un orinal de goma; también se observaba una evidente exageración de los reflejos rotuliano, de Aquiles, cremasteriano y plantar (en flexión plantar) en ambos lados; en el sitio traumatizado no quedaban señales de la violencia sufrida.

A los quince días desapareció la incontinencia de orina, y salió del hospital completamente curado.

Este caso es un ejemplo de paraplegia espasmódica transitoria, acompañada de trastornos sensitivos y esfinterianos por traumatismo de la región lumbar, curados todos espontáneamente.

XVI.—**Traumatismo medular.** (*Clínica del Dr. Pérez Valdés.*)

J. M., de veintiún años, de Murcia, soltero, jornalero.

Su padre murió con parálisis en las piernas y temblor en los brazos, después de tres años de enfermedad, á los sesenta de edad.

Él ha padecido varias veces calenturas ligeras; no ha tenido sífilis, ni ha cometido excesos alcohólicos.

En Agosto de 1901 sufrió una caída de caballo: cayó de espaldas y se levantó en seguida, sin dolores ni trastornos de motilidad ni señales exteriores de traumatismo; volvió á montar en el caballo, y regresó á su casa sin experimentar alteración alguna. A los ocho días empezó á sentir hormigueo en la ingle izquierda y dolores ligeros en la región lumbar; al mes, flojedad en las piernas, cansancio al andar, pinchazos en las rodillas, rigidez pasajera de los miembros inferiores (estando acostado). Fué empeorando, hasta el punto de que en Enero de 1902 tuvo precisión de valerse de muletas para andar; los dolores desaparecieron á los tres ó cuatro meses de comenzar el proceso, y el hormigueo se hizo intermitente. Desde hace quince meses se encuentra en estado estacionario. Ha tomado los baños de Archena, ioduro potásico, polvo de cornezuelo de centeno, píldoras de estricnina, revulsión con termocauterio, fricciones excitantes, aplicaciones eléctricas, todo sin resultado. Ingresó en el Hospital el 23 de Mayo de 1903.

Estado actual.—Es un joven bien constituído, en regular estado de nutrición, de color pálido moreno. El corazón está algo hipertrofiado; late á nivel del borde inferior de la sexta costilla, dos centímetros por dentro de la mamila; choque extenso é intenso; los tonos en todos los focos, reforzados, fuertes y prolongados.

Aparato urinario. — Muy importantes trastornos: la micción es inconsciente por la noche é imperiosa por el día; otras veces difícil, teniendo que apretar para realizarla.

Sistema nervioso. — La columna vertebral aparece normal, ex-

Digitized by Google

cepto en su extremidad inferior; en ella el coxis está desviado hacia la izquierda, y muy saliente hacia atrás.

Síntomas motores.—En el miembro inferior izquierdo, muy difíciles los movimientos de muslo y pierna; imposibles los de pie y dedos; en el derecho, la motilidad, aunque disminuída, se conserva mejor; los movimientos son difíciles, débiles, poco extensos, pero posibles.

Reflejos.—Exagerados los rotulianos, sobre todo el derecho, con *clonus* del triceps femoral; exagerados también y en flexión dorsal, los plantares (más el derecho); trepidación epileptoídea (más acentuada á la derecha); los cremasterianos, normales.

Sensibilidad.—Sensación de frío en las piernas, especialmente en la izquierda.—Sensibilidad objetiva: en el miembro inferior izquierdo, ligera hiperestesia térmica y dolorosa; en el derecho, notable hiperestesia térmica, dolorosa y táctil, con gran hiperexcitabilidad refleja. Hay una zona muy pequeña de anestesia táctil y térmica, con hipoestesia dolorosa por fuera de la margen izquierda del ano, en una extensión de dos centímetros.

No hay amiotrofiá. La marcha se hace con auxilio de una muleta; anda á pasos largos, inclinando el cuerpo hacia la derecha y arrastrando mucho el pie izquierdo, cuya punta no separa del suelo; la marcha es vacilante, pues al apoyar los pies en el suelo se determina un temblor general.

La discusión de la localización y naturaleza de la lesión causante de los síntomas que presenta este enfermo ocuparía mucho espacio y sería poco adecuada al objeto de esta memoria; baste decir que es este caso un ejemplo de paraplegia espasmódica, con síntomas sensitivos y esfinterianos, consecutivos á un traumatismo de la columna vertebral. Forma interesante contraste con la observación anterior: en la una, comienzo rápido, brusco, evolución regresiva, curación espontánea y completa; en la otra, principio lento, insidioso, marcha progresiva, agravación, rebeldía al tratamiento.

XVII.—Atrofia cerebelosa. (*Consulta del Dr. Miñambres en el Hospital del Buen Suceso.*)

J. F., nueve años, de Madrid.

Su padre es un neurósico; su madre ha tenido ocho abortos; ha muerto un hermano de meningitis; su abuelo paterno murió hemiplégico, á los sesenta y tres años.

Él nació de término, siendo el parto normal; la lactancia fué materna y duró diez meses; empezó á andar á los dos años; la dentición fué normal, pero tardó mucho en hablar, siendo siempre torpe de palabra.

Enfermedad actual.—Empezó aparentemente á los cinco años;

Digitized by Google

las primeras manifestaciones fueron: torpeza en los movimientos, sobre todo al andar, y una apatía general que le daba un aspecto de imbécil; estuvo un año en un pueblo, volviendo muy robusto, pero con mayor torpeza motora y más profundo atontamiento; así ha continuado progresando la dificultad motora y la atonía, combinada con un carácter irascible, violento, con impulsiones agresivas, hablando cada vez menos y con más trabajo.

Estado actual.—Escaso desarrollo físico, delgado, fisonomía inexpresiva, mirada indiferente. Tiene vegetaciones adenoídeas de la faringe nasal (le fueron operadas por el Dr. García Tapia).

Sistema nervioso.—Síntomas motores: marcadísima incoordinación en todos los movimientos; son éstos posibles con relativa fuerza, pero perturbados por la incoordinación general manifiesta, lo mismo en los miembros que en el tronco y cabeza; el equilibrio en la bipedestación es muy inestable, teniendo que permanecer con los pies muy separados y cambiando sin cesar de posición; el tronco oscila extensamente. La marcha es vacilante, á pasos cortos, con los pies muy separados y describiendo *eses*; es una marcha cerebelosa típica.

Reflejos. — Los rotulianos y de Aquiles, exagerados, así como los cremasterianos y plantares (en flexión plantar); los de codo y muñeca, también exaltados.

Síntomas tróficos. — Pies ligeramente equinos, sobre todo el derecho.

Síntomas sensitivos.—Normalidad.

Síntomas sensoriales.—Insuficiencia de los rectos externos; no hay nistagmus; la papila izquierda, velada y con éxtasis vascular.

Síntomas intelectuales. — Debilidad mental muy pronunciada; no sabe leer ni escribir; memoria muy escasa; comprende difícilmente y tardando mucho lo que se le dice. Carácter muy desigual: en general, apático, con *raptus* impulsivos que le hacen agredir á sus hermanos; no manifiesta cariño á su familia.

Palabra.—Habla muy poco, muy despacio, articulando confusamente y repitiendo las sílabas; sólo pronuncia palabras sueltas.

Duerme muy poco; el sueño es agitado, interrumpido por súbitas sacudidas musculares.

Este niño es, ante todo, un enfermo de cerebro y de cerebelo, apareciendo los síntomas medulares oscurecidos por la intensidad de la ataxia y de los trastornos mentales. Como elementos integrantes de paraplegia espasmódica, pueden considerarse la exaltación de reflejos, el equinismo de los pies, las bruscas sacudidas musculares. Se parece este caso á los descritos por Marie bajo el nombre de heredo-ataxia cerebelosa; lo más probable es que se trate de atrofia cerebelosa combinada con lesiones degenerativas cerebrales.

Digitized by Google

XVIII.—**Pseudo-parálisis general.** (*Consulta del Dr. Miñambres en el Hospital del Buen Suceso.*)

V. F., cuarenta y cinco años, de Oviedo, casado, mozo de estación.

Un hermano está demente á consecuencia de un traumatismo cerebral; su mujer ha tenido seis abortos; se le murió un hijo de quince meses, de un ataque cerebral; le viven tres, que tienen poca salud (han tenido, al poco tiempo de nacer, manchas en la piel y tumores en el cuello).

Él tuvo hace diez y ocho años un chancro en el balano (del que conserva cicatriz), y bubón inguinal; desapareció á los quince días, y no observó ninguna otra manifestación; no estuvo sometido á tratamiento.

Enfermedad actual.—Comenzó en plena salud, hace cuatro años, por un *ictus* apoplético, con caída al suelo y pérdida de conocimiento, desapareciendo todo sin dejar huellas; á los tres años experimentó dolor de cabeza con exacerbación nocturna, mareos, marcha insegura, vómitos; en el intervalo de un mes sufrió dos ictus apoplécticos: el primero duró una hora, y al volver en sí podía moverse como antes; el segundo duró tres días, y le quedó como reliquia considerable debilidad muscular, sobre todo en el lado derecho; después mejoró algo, pero siguió el dolor de cabeza, los mareos, mucha vacilación al andar, frecuentes brotes congestivos en la cara, que se pone muy encendida; simultáneamente cambió de carácter, haciéndose muy irritable, y experimentó pérdida de memoria. En Junio del presente año tuvo intenso dolor de cabeza, alternativas de palidez y rubicundez de cara; tartamudeo por espacio de dos días.

Estado actual. — Regular estado de nutrición; color del rostro, encendido; la fisonomía tiene una expresión de beatitud y de indiferencia.

Sistema nervioso. — *Síntomas motores:* incoordinación, sobre todo manifiesta en los movimientos finos, especialmente en la mano derecha; incoordinación de movimientos de la lengua; ligero temblor de las manos.

Reflejos.—Todos están sumamente exagerados, así los de los miembros superiores como los rotulianos, de Aquiles y plantares (en flexión plantar).

Los reflejos pupilares se conservan íntegros.

La marcha es disbásica: inclina el tronco hacia la derecha, arrastrando algo la pierna de ese lado.

Palabra.—Habla lentamente; articulación muy confusa, embrollada, como pastosa.

Síntomas intelectuales.—Considerable debilidad mental; gran

Digitized by Google

pérdida de memoria, falta de atención, lentitud y pobreza del proceso ideativo, carácter desigual, muy fácilmente irritable; ríe y canta sin motivo.

El examen oftalmoscópico reveló normalidad en la pupila izquierda; pero en la derecha se observó gran relieve de los bordes, formando sobre ellos los vasos un gancho muy pronunciado.

La infección sifilítica de este enfermo es evidente, más que por los datos personales que refiere, por los repetidos abortos de su mujer y las perturbaciones sufridas por sus hijos. Probablemente se tratará de una neoformación gomosa, que daría cuenta de los síntomas de tumor cerebral y, además, de lesiones difusas esclerosas, que nos explicarían los trastornos mentales, análogos á los de la parálisis general.

XIX.—**Parálisis general.** (*Manicomio de Leganés.*)

F. O., treinta y dos años, casado, de Madrid, cerrajero.

Su madre padecía accidentes epilépticos.

A los veinte años contrajo una afección venérea, probablemente sifilítica (los antecedentes suministrados por él mismo son muy deficientes).

Enfermedad actual.—Comenzó en la primavera de 1902, con cambio de carácter, que se hizo irritable, susceptible y pendenciero; á la vez, hacía elogios de sus cualidades y del brillante porvenir que le esperaba; en el verano del mismo año se presentó en la consulta del hospital del Buen Suceso, observándose en él un aire de placentero bienestar, de íntima satisfacción, con indiferencia para todo lo que no se refiriera á él; había ideas delirantes megalomaníacas: decía que ganaba cinco duros diarios de jornal, pero que, no siendo esto digno de una persona de sus circunstancias, iba á dejar su oficio, dedicándose á torero, con lo que ganaría muchos millones. Como signos físicos, sólo se observó lentitud de palabra, pero sin articulación defectuosa; temblor ligero de manos y lengua, y exaltación del reflejo rotuliano; no había signos pupilares. A los pocos días empeoró el estado mental: tuvo varios altercados con su familia; entró en una tienda, robando el cajón del dinero; con este motivo fué recluído en el manicomio, donde le observé de nuevo en Julio de 1903.

En esa fecha el estado general era muy satisfactorio: había temblor fino, rápido, menudo y regular de los miembros, provocado por los movimientos y por las actitudes que requieren contracción muscular; temblor lento en la lengua. Disminución de fuerza en los miembros, tanto superiores como inferiores. Los reflejos tendinosos y cutáneos, exagerados todos. Las pupilas, normales; la palabra, lenta, pero clara y correcta.

Digitized by Google

Síntomas psíquicos.—Continúa la placidez, la satisfacción por el estado en que se encuentra; las ideas delirantes, conservando su carácter expansivo y grandioso, han variado de objeto, pues ahora dice que va á ser cantante del teatro Real, asegurando que tiene una magnífica voz de tenor; ha recobrado mucho la memoria, y en general el estado mental ha mejorado considerablemente, pues se expresa con facilidad y corrección, y las ideas delirantes no se muestran sino cuando concretamente se le pregunta acerca de ellas.

En este caso típico de parálisis general es de notar la integridad de las pupilas y de la palabra, no obstante el temblor de la lengua; los elementos de la paraplegia espasmódica, tan atenuados que parecen reducidos á su mínima expresión, están representados por la exaltación de reflejos y la debilidad motora de los miembros.

XX.—Parálisis agitante. (*Clínica del Dr. Pérez Valdés.*)

S. M., cuarenta y un años, casado, de Guadalajara, labrador.

Su padre tenía temblor senil, su madre era histérica.

Él padeció una pulmonía hace diez años, curando sin consecuencias; ha cometido algún exceso alcohólico.

Enfermedad actual.—Empezó hace seis años, sin saber á qué atribuirla; lo primero que observó fué un ligero temblor en la mano derecha al escribir, desapareciendo con el reposo; después, este temblor se fué acentuando, persistiendo en el reposo y propagándose al brazo; luego notó torpeza en la pierna derecha y muy ligero temblor en ella; alguna que otra vez ha observado dificultad para hablar, por torpeza de los movimientos de la lengua, y temblor en la mandíbula inferior.

Estado actual.—Constitución robusta; es muy alto, delgado, de color sano. Pulso raro (56 pulsaciones por minuto). Micción abundante y frecuente.

Sistema nervioso.—En la bipedestación tiene el tronco encorvado hacia adelante; en la marcha conserva la misma actitud de inclinación anterior, con las manos cruzadas detrás de la región lumbar; las piernas, en semiflexión, que se exagera al apoyarlas en el suelo, dando lugar á cada paso á un movimiento de salutación; los pasos son cortos, arrastrando los pies; el encorvamiento del tronco y la flexión de las piernas se exageran cuando se le obliga á andar con los brazos pendientes; á veces, experimenta una sensación de propulsión que le obliga á echar á correr, acabando por caerse.

Temblor.—Le hay muy acentuado en el miembro superior derecho, no tanto en el izquierdo, ligero en los inferiores, muy manifiesto en la lengua, y en la cabeza cuando mira á los lados. El temblor

Digitized by Google

es de mediana rapidez y extensión, existe en el reposo, se atenúa al hacer movimientos, desaparece durante el sueño; en las manos simula el movimiento de rodar píldoras entre el pulgar y el índice.

Reflejos.—Exagerados los rotulianos y plantares (en flexión plantar); ligera rigidez en brazos y piernas, que opone resistencia á los movimientos pasivos. Frecuentes calambres en las pantorrillas.

Sensación de pesadez en los miembros, como si estuviera muy cansado.

Sítomasn intelectuales.—Pérdida de memoria; intranquilidad constante; desasosiego, como si le amenazara una desgracia.

Es una forma típica de parálisis agitante; los síntomas paraplégicos espasmódicos están representados por la exageración de reflejos, rigidez, calambres.

XXI.—**Parálisis agitante.** (*Clínica del Dr. Sañudo.*)

J. de C., setenta y dos años, de Oviedo, casado, empleado.

Su padre padeció la misma enfermedad que él.

Él ha padecido blenorragia y un chancro, que desapareció sin dar lugar á ulteriores manifestaciones. Ha cometido excesos alcohólicos.

Enfermedad actual.—Comenzó hace quince años, á consecuencia de la impresión que le produjo la muerte inesperada de una hija; estuvo durante ocho días loco (manía furiosa?), tratando de agredir á todo el que veía; al recobrar la razón, empezó á temblar el pie izquierdo, después la pierna y el brazo del mismo lado, luego los miembros derechos y, por último, la cabeza y mandíbula inferior; paulatinamente fué perdiendo fuerza, más en el lado izquierdo que en el derecho; también ha ido progresivamente experimentando envaramiento y rigidez general, con la consiguiente torpeza motora, viéndose obligado á andar inclinado hacia adelante, como si se fuera á caer ó si le empujaran hacia delante.

Estado actual.—Es un sujeto de elevada estatura, sumamente delgado; color del rostro, rojo subido. Padece bronquitis crónica, con dilatación bronquial y signos de insuficiencia cardíaca.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: temblor de las extremidades torácicas y abdominales durante el reposo; es lento, regular, de oscilaciones amplias, simulando en las manos el movimiento de hacer píldoras; cesa con los movimientos; también hay temblor en la mandíbula inferior. Todos los movimientos son torpes, débiles, lentos; rigidez de los miembros inferiores en extensión y adducción. Los reflejos tendinosos y cutáneos, normales.

Síntomas tróficos.—Considerable amiotrofia generai, sobre todo marcada en las manos; pies equinos.

Digitized by Google

Síntomas intelectuales.—Carácter irritable, mal humor constante.

Marcha.—Es muy difícil, con el tronco inclinado hacia adelante, las piernas muy juntas, avanzando á pasos cortos.

En este caso, más adelantado en su evolución que el anterior, la paraplegia se revela por los trastornos de la marcha y por la rigidez de los miembros inferiores en extensión y adducción, con equinismo de los pies.

XXII.—Anquilosis múltiple, consecutiva á un acceso de reumatismo poliarticular agudo. (*Clínica del Dr. Valle.*)

Incluyo aquí este caso, que pudiera calificarse de pseudo-paraplégico, como ejemplo de los procesos patológicos que pueden imitar á la paraplegia espasmódica.

J. M., de trece años, de Guadalajara.

Sin antecedentes familiares dignos de mención.

Ha padecido sarampión y fiebres intermitentes.

A los nueve años, y á consecuencia de un enfriamiento y mojadura, sufrió, en unión de dos hermanos suyos, un violento ataque de reumatismo poliarticular agudo; los hermanos curaron por completo; pero él, después de quince días de fiebre, dolores é hinchazón de las articulaciones, empezó á experimentar rigideces y deformaciones en manos, brazos, piernas y pies, así como en la articulación témporo-maxilar derecha; por espacio de un año no le fué posible mover los brazos ni la mandíbula inferior; después de haber tomado unos baños termales experimentó una notable mejoría, desapareciendo la rigidez, deformidad é impotencia de la mandíbula inferior y de los miembros superiores, persistiendo únicamente las de los inferiores.

Estado actual.—Buen estado general de nutrición. Las manos, muy delgadas, aplanadas, con amiotrofia evidente y abultamiento de la articulación metacarpo-falángica del índice derecho.

Miembros inferiores.—Anquilosados ambos en adducción y extensión de todos sus segmentos; además, el muslo izquierdo en rotación interna, las rodillas en íntimo contacto, las piernas algo separadas, divergentes (posición de la enfermedad de *Little*); pies en equinismo directo muy exagerado (sobre todo el derecho, con prominencia anterior del astrágalo). La anquilosis de la cadera derecha es incompleta, permitiendo ligeros movimientos; pero la de las otras articulaciones de los miembros inferiores es completa, oponiéndose en absoluto á todo movimiento activo ó pasivo, excepto en los dedos de los pies, que permanecen flexibles, pudiendo moverse espontáneamente. Amiotrofia de todos los músculos de las extremidades abdominales. Rodillas deformadas, abultadas, duras.

Digitized by Google

Sistema nervioso.—Sólo son posibles en los miembros inferiores los movimientos de los dedos de los pies, y algunos muy poco extensos en la cadera derecha. No hay contractura; los reflejos rotulianos y de Aquiles, imposibilitados por la anquilosis; los plantares, en flexión plantar, exagerados. La marcha es imposible.

Este caso simula por la actitud de los miembros inferiores á la paraplegia espasmódica; pero se distingue porque la causa de la impotencia es la anquilosis, sin que haya contractura ni parálisis; la amiotrofia se explica suficientemente por las intensas lesiones articulares.

VI

CONCLUSIONES

1.ª Por paraplegia espasmódica se entiende la impotencia motora, absoluta ó relativa, de los miembros inferiores, determinada por la parálisis y contractura, ó simplemente por la contractura.

2.ª Está caracterizada anatómicamente por la lesión de la vía piramidal ó córtico-espinal directa, y clínicamente por la presencia de contractura intermitente ó constante, exageración de reflejos é hipertonia muscular.

3.ª La determinan causas numerosas, que pueden clasificarse en los grupos siguientes: disgenesias, traumatismos, intoxicaciones, infecciones, distrofias; la separación de estos grupos no es perfecta, pues hay causas de mecanismo mal conocido, y otras de acción compleja.

4.ª La patogenia de la paraplegia espasmódica se explica satisfactoriamente, admitiendo una doble influencia del cerebro sobre el tono muscular, por intermedio de las astas medulares anteriores. Estas dos influencias son de acción antagónica, y se ejercen hipotéticamente, mediante dos vías distintas: una directa ó córtico-espinal, que sirve también de cauce al impulso motor voluntario; otra indirecta ó córtico-ponto-cerebelo-espinal. La primera conduce la influencia cerebral moderadora ó enfrenadora: es la vía piramidal de antiguo conocida y plenamente demostrada por la anatomía, la fisiología y la patología; la segunda conduce la influencia excitadora; es hipotética, conociéndose únicamente su tramo medio, desde la protuberancia al cerebelo, é inferior, desde éste á la medula. La interrupción de la vía directa con integridad de la indirecta suprimirá la influencia enfrenadora, persistiendo sin compensación ni contraste la excitadora, dando lugar á la producción de los fenómenos hipertónicos.

Digitized by Google

5.ª Las lesiones anatómicas propias de la paraplegia espasmódicas son aparentemente muy variadas, pero se reducen esencialmente á la destrucción de las fibras nerviosas del manojo piramidal, con proliferación consecutiva de la neuroglia, si la duración del proceso lo permite.

6.ª Los síntomas fundamentales son: la hipertonia muscular y, como consecuencia, la rigidez paroxística ó permanente, desigualmente repartida, predominando en los grupos musculares de acción fisiológica más enérgica, á saber, tratándose del miembro inferior, los extensores y adductores: la exageración de los reflejos tendinosos, la hiperexcitabilidad cutánea, determinando un ligero estímulo intensa reacción muscular.

7.ª Puede dividirse la evolución en tres períodos: de contractura latente ó intermitente, de contractura permanente, de impotencia motora total; en este último período la contractura muscular se ha convertido en retracción y en anquilosis, transformándose en definitivamente irremediable un estado que antes era susceptible de modificación terapéutica.

8.ª El diagnóstico del síndrome es sencillo; no así el de especie morbosa, que exige la apreciación de todos los datos anamnésticos y de exploración y su discusión detenida, para dar á la paraplegia espasmódica su exacto valor semiológico.

9.ª El pronóstico de la paraplegia espasmódica no es grave *quoad vitam*, pero sí funcionalmente, pues muy frecuentemente condena al enfermo á la inacción; sin embargo, experimentos modernos tienden á demostrar que ese estado no es consecuencia obligada de las lesiones del manojo piramidal, y que en todo caso puede evitarse mediante prácticas mecanoterápicas.

10. Las enfermedades en que se observa la paraplegia espasmódica pueden dividirse en dos grupos: en las del primero juega el papel de síndrome primordial y aun exclusivo, y son la tabes dorsal espasmódica, la paraplegia espasmódica familiar y la enfermedad de Little; en las del segundo queda reducida á una categoría secundaria, tan atenuada unas veces que es difícilmente apreciable, bien manifiesta otras, pero oscurecida por la coexistencia de síntomas más importantes; estas enfermedades son: la esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis combinadas, esclerosis en placas, meningo-mielitis y meningitis espinales, siringomielia, sífilis medular, mal vertebral de Pott, traumatismos medulares, afecciones cerebelosas, parálisis general, parálisis agitante, histerismo.

Madrid, 28 de Agosto de 1906.

Digitized by Google

REVISIÓN DEL CORNEZUELO DE CENTENO EN OBSTETRICIA

POR D. ADOLFO MARTÍNEZ CERECEDO

Del Instituto Rubio.

I

OBSERVACIONES Y OPINIONES PROPIAS

La administración prudente del cornezuelo de centeno es por completo inofensiva, y puede ser eficacísima en el período de expulsión del parto, cuando se prolonga en demasía por inercia uterina, siendo la presentación de vértice y habiendo rebasado el diámetro biparietal el estrecho superior, *si el tocólogo está atento al latido fetal y tiene á su lado el fórceps esterilizado para extraer rápidamente la criatura, si surge tal indicación en interés de cualquiera de ambos seres.*

A esta afirmación, que es el resultado de muchos años de práctica y de meditación sobre las indicaciones y contraindicaciones del cornezuelo, sólo tendré que agregar como contraindicaciones ciertos casos, por fortuna raros, de excitabilidad inervadora general ó genital predisponentes á contracturas ó espasmos uterinos, sobre cuyas circunstancias ya llamó la atención hace medio siglo uno de los tocólogos más concienzudos de la república vecina, Cazeaux; pero cuando, efecto de cierta irritabilidad uterina, ocurre espontáneamente el tetanismo uterino, en que la matriz se contrae de un modo remitente y casi continuo, trastornando de modo sensible la circulación feto-placentaria, en este caso, lejos de pensar en el cornezuelo, hay que recurrir á la morfina, al cloral y hasta al cloroformo, en beneficio de ambas vidas.

Para oponerse á que perdure el axioma de Pajot, admitido por casi todos los tocólogos modernos nacionales y sustentado todavía por eminentes maestros franceses que omiten en sus obras la respetable opinión de prácticos y experimentadores de Alemania, Italia y otras naciones, es preciso que todos los que nos encontramos enfrente de la proscripción absoluta de Pajot emitamos con sencillez y libertad nuestro parecer; después de todo, los hechos de observación sin prejuicio hay que admitirlos, por muy modesto origen que reconozcan, y á observaciones clínicas es una pueril ridiculez oponer discursos más ó menos bonitos.

Podrá discutirse la interpretación de un hecho de observación, pero su realidad resiste todas las teorías imaginables para destruir-

Digitized by Google

le. Si mi observación y experiencia imparcial me dicen que administrado el cornezuelo en las condiciones dichas es de una inocuidad absoluta, y heroico con mucha frecuencia; si la repetición de hechos observados me enseña que el feto puede y debe salir vivo, y que el alumbramiento ocurre sin anomalías, poco importa que maestros de la autoridad de Pajot, Auvard, Pinard, etc., afirmen lo contrario.

Los hechos observados por mí desapasionadamente serán siempre reales y verdaderos, aunque todos los tocólogos afirmaran lo contrario, aunque todas las Academias obstétricas proscriban el cornezuelo en el parto.

Claro está que el esclarecimiento de la verdad ganaría más si hubiera muchos Olshausen, Fritz Prüsmann, Bumm, Acconci y Orellano, que con gran autoridad en la materia pusieran su entereza y energía al servicio utilísimo de la revisión y rectificación de los juicios que hoy se enseñan como dogmas incontrovertibles en casi todas las Universidades españolas.

Pocos tienen el altruísmo de pasar por retrógrados oponiéndose á los consejos de los que están al frente de lo que pudiéramos llamar modernismo tocológico; por esta razón es tan plausible la labor de los dos últimos tocólogos mencionados, á quien la historia hará pronto justicia, pues yo estoy firmemente convencido de que antes de un cuarto de siglo el axioma de Pajot figurará en la historia como una de tantas exageraciones que las sucesivas rectificaciones se encargarán de extinguir.

Mejor que proscribir en absoluto el cornezuelo, más beneficioso que rechazar su empleo porque Pajot, Auvard, Pinard, etc., lo anatematizan en el parto, sería estudiar sus efectos, que varían mucho según el período del parto en que se administre, el estado funcional uterino, la dosis, el temperamento y la idiosincrasia especial, pues es indudable que hay mujeres de cierta excitabilidad general ó genital en las que una dosis relativamente pequeña puede producir un efecto grande, quizá excesivo en relación al que se desea lograr, lo cual debe conocer el tocólogo para empezar por administrar de 20 á 25 centigramos, en vez de 50, como generalmente se aconsejaba antes de ahora.

Cuando Cazeaux, Payfair, Veit, Bumm, Acconci, Orellano y otros que conocían y conocen perfectamente las acciones que el cornezuelo desarrolla en el organismo femenino lo emplearon, autorizaron ó aconsejan su administración, lo lógico sería procurar conciliar ó tratar de averiguar lo que hay de verdad en los efectos del cornezuelo, que indudablemente han de variar según múltiples circunstancias, determinadas algunas ya, y otras determinables, si prescindiendo de prejuicios, funestísimos siempre, se trata de esta-

Digitized by Google

blecer desapasionadamente las indicaciones y contraindicaciones de tan heroico recurso terapéutico.

La causa principal del abandono del cornezuelo y de su sustitución por el fórceps es seguramente la facilidad con que generalmente se maneja este instrumento por los especialistas, comparada con las dificultades que á veces surgen para precisar lógicamente las indicaciones y contraindicaciones del cornezuelo; pues aunque parezca algo sorprendente, esto último reclama muchos más conocimientos y estudio que el manejo de aquel instrumento.

Por otra parte, la aplicación del fórceps, aun sin estar realmente indicada, si se ha hecho asépticamente carece por lo regular de serios perjuicios, mientras que la administración intempestiva del cornezuelo puede acarrear gravísimos peligros y hasta la muerte materna y fetal; pero esto no debe ser óbice para que los tocólogos que saben manejarlo prescriban uno de los recursos más heroicos con que cuenta la medicina.

Ante la detención de la marcha del parto en el período de expulsión, antes de pensar en el cornezuelo ó en el fórceps lo que primero hay que buscar es la causa de la no progresión de la cabeza en el conducto pelvi-genital, con el fin de emplear el tratamiento causal correspondiente.

En unos casos se reanimarán la contracciones sencillamente vaciando la vejiga de la orina, cuya repleción dificulta ó imposibilita el esfuerzo abdominal; en otros se logrará la energía contráctil combatiendo el excesivo dolor que la distensión vaginal produce con una inyeccion hipodérmica de morfina ó con algunas inhalaciones de cloroformo, y en otras la simple rotura artificial de la bolsa de las aguas ó una pequeña incisión vulvo-perineal serán suficientes para que vuelvan las contracciones uterinas que estaban suspendidas.

Hay que ser observador atento y amoldar la terapéutica á lo que el caso exija.

Lo que está fuera de duda es que el cornezuelo es el remedio más eficaz para devolver la vitalidad uterina: le hace más excitable; esto es, reanima ó hace revivir al órgano extenuado primitiva ó consecutivamente, que por causas generales ó locales se había adormecido.

En este estímulo ó actividad funcional que despierta el cornezuelo hay que buscar el génesis de los temibles espasmos uterinos, que realmente pueden dificultar ó impedir ciertas intervenciones manuales, como la versión, pero jamás una aplicación de fórceps, si tanto la administración del cornezuelo como la aplicación del fórceps han tenido lugar en circunstancias favorables y estando indicados.

Digitized by Google

Esto es lo que me dicta la observación repetida de hechos numerosos que no pueden en manera alguna considerarse como excepcionales, sino que deben constituir la regla general, porque las mismas causas producen análogos efectos, dadas análogas circunstancias. Por esto creo que administrando el cornezuelo en las condiciones expuestas carece de los peligros que le han atribuído tantos tocólogos eminentes.

*
* *

En corroboración de cuanto llevo manifestado, referiré la historia de una primípara á quien recientemente administré el cornezuelo, y resultando las primeras dosis, por más que eficaces, insuficientes para determinar la expulsión fetal, y no habiendo tolerado las dosis sucesivas, tuve que extraer con el fórceps una niña, que nació viva y en perfecto estado de salud, habiendo sido el alumbramiento, como igualmente el puerperio, completamente fisiológico.

Exactamente análogos á este caso pudiera citar otros muchos observados desde el año 1882 al 1897, periodo de mi ejercicio profesional, en que recurrí á dicho medicamento según las indicaciones formuladas por Cazeaux, ligeramente modificadas; siendo digno de mención el que durante esos quince años haya administrado sistemáticamente el cornezuelo ó la ergotina después de la expulsión fetal y antes del alumbramiento, sin observar accidente alguno funesto al término del segundo tiempo del parto, habiendo notado, por el contrario, mayor rapidez en la expulsión de la placenta y menos pérdida sanguínea que la que corresponde ordinariamente al alumbramiento espontáneo, fuera de la acción medicamentosa ó de maniobras que favorezcan la contractilidad uterina.

El caso es el siguiente: se inicia el parto en una primípara de veintiocho años el 11 de Noviembre de 1904, á las doce del día. A las tres de la tarde había desaparecido el cuello. A las diez de la noche había una dilatación que no alcanzaba el diámetro de una peseta. A las nueve de la mañana del día siguiente había una dilatación completa, pero el parto se había paralizado por inercia uterina. La cabeza estaba encajada y en occípito-derecha posterior, habiéndose roto la bolsa de las aguas á las siete de la mañana.

Le administré 10 gotas de ergotina Ivon, y, no habiendo logrado despertar las contracciones de la matriz, tomó nuevamente 15 gotas veinte minutos después. Como continuase á las once sensiblemente la misma inercia, le administré 40 centigramos de cornezuelo de centeno recientemente molido, y, viendo que las contracciones reaparecían, repetí la misma dosis á las doce, logrando que á las dos de la tarde empezase á iniciarse el desprendimiento.

Digitized by Google

Habiendo desaparecido la inercia y adelantando el período de expulsión, me abstuve de insistir en el uso del cornezuelo, y no pensé tampoco en una aplicación de fórceps, porque las contracciones eran intensas é intermitentes, y el corazón fetal latía normalmente.

En tal estado, calculé que la expulsión fetal ocurriría de tres á cuatro, y, en la hipótesis de que me equivocara, advertí que me avisaran, pues otras ocupaciones me prohibían estar á su lado hasta el término del parto, que, por otra parte, asistía una comadrona.

A las cinco me avisaron que no había parido, y, viéndola de nuevo, observé otra vez la inercia indicada; tomó otros 40 centigramos de cornezuelo, y, habiendo vomitado y continuando el útero sin contraerse, extraje á las siete con el fórceps un feto vivo, siendo seguida dicha extracción de un alumbramiento completamente fisiológico.

En este caso, en que la ergotina no produjo efecto alguno, la eficacia del cornezuelo no pudo ser más evidente; y si no hubiera vomitado la última dosis, el parto hubiera terminado á beneficio exclusivamente del cornezuelo.

No puede argüirse en contra de la eficacia del cornezuelo el haber aplicado el fórceps finalmente, pues en muchos casos análogos vi terminar el parto exclusivamente bajo la influencia de tal medicamento, y en los casos que, como en éste, recurrí al fórceps, su aplicación resulta mucho más fácil y beneficiosa para el feto y la madre cuando se realiza en el período de desprendimiento que cuando se hace una aplicación alta, antes de ocurrir la rotación, máxime en las posiciones posteriores de vértice.

En este caso pudiera quizás con razón censurarse la excesiva espectación, y realmente si á las dos de la tarde yo temiese que la expulsión no fuera posible y rápida, hubiera terminado el parto con el fórceps, que á propósito tenía esterilizado desde las doce.

Celebro, no obstante, haber extremado la espectación, porque este caso, igual que otros muchos de mi práctica, me demuestra que el período de expulsión puede prolongarse mucho más de lo que afirman reputados tocólogos, sin peligro para la madre y el feto.

De esta concisa historia, completamente análoga á otras muchas que pudiera referir, se deduce la compatibilidad de la administración del cornezuelo en el período de expulsión del parto con la aplicación de fórceps, pues he empleado este instrumento varias veces después de aquel medicamento, sin dificultad alguna y con resultado siempre satisfactorio.

Es el cornezuelo el recurso más poderoso y específico, por decirlo así, contra la inercia uterina; pero puede también dar buenos resultados en los casos de resistencia perineal con inercia consecutiva en las primíparas jóvenes.

Digitized by Google

Si la resistencia es moderada y solamente de las partes blandas, puede ser suficiente el cornezuelo, seguido á veces de una incisión profiláctica vulvo-perineal si la resistencia del anillo vulvar se opone á la suficiente dilatación; pero si la resistencia del periné es originada por la no retropulsión del coxis ó por enérgica resistencia de los tejidos aponeuro-musculares, entonces el fórceps ejerce una misión eficacísima, como he observado en múltiples ocasiones, particularmente en las primíparas de alguna edad.

Bien sé que hay tocólogos que aseveran que el uso del cornezuelo contraindica cualquiera operación consecutiva; pero esta afirmación es gratuita y no responde á la realidad. No sólo la expulsión fetal es evidentemente favorecida por la acción prudente del cornezuelo, sino que también el alumbramiento se beneficia de tan heroico medicamento casi siempre.

Cuando, á consecuencia de las exageraciones de Pajot y otros tocólogos, suspendí el empleo del cornezuelo en los casos de inercia ó debilidad de las contracciones uterinas para sustituirlo por el fórceps, con el fin de prevenir temibles metrorragias, tan pronto extraía el feto con el fórceps, ponía á la parturiente una inyección hipodérmica de un gramo de ergotina; y jamás se produjo esa contracción espasmódica del cuello ó segmento inferior del útero que impidiera ó dificultara el alumbramiento.

No diré que la administración de dicho medicamento no predisponga á anomalías del alumbramiento: lo que sí afirmo es que yo, en varios años en que seguí la conducta que acabo de referir, no presencié ni un solo caso de tétanos uterino; lo que sí pude confirmar fué que la expulsión de los anejos era más rápida y con menos pérdidas sanguíneas que cuando no se emplea el cornezuelo, excepción hecha de los casos, por fortuna raros, de adherencias anormales.

La causa principal del espasmo uterino, según lo observado por mí, son las excitaciones verificadas en el cuello del útero ó en el segmento inferior, ya con la dilatación digital violentamente practicada, ya tirando del cordón umbilical prematura é inconscientemente, para extraer la placenta. Quizás el masaje uterino poco moderado en mujeres nerviosas y predispuestas pueda provocar también el tétanos uterino; pero con la administración prudente del cornezuelo, *sin rebasar la dosis de un gramo, ó lo más gramo y medio, empezando por dosis de 20 á 40 centigramos*, con observación atenta de sus efectos sobre el útero y la circulación feto-placentaria, auscultando frecuentemente el latido fetal, jamás presencié los efectos perniciosos que los autores atribuyen al uso del cornezuelo, y que yo considero consecuencia de su imprudente administración, y de anomalías ó perturbaciones en el curso del alumbramiento.

Digitized by Google

Entre las contraindicaciones del cornezuelo en obstetricia, deben figurar el acortamiento del cordón y las adherencias placentarias, cuyos accidentes pueden ser diagnosticados si el tocólogo da á la historia de la gestación y á la observación del curso del parto, tanto en el período de dilatación del orificio uterino, como en el de expulsión, la importancia que realmente tienen.

En efecto: por la historia del embarazo puede sospecharse con fundamento la probabilidad de la existencia de adherencias patológicas útero-ovulares. Si la embarazada ha experimentado metrorragias en la gestación, y, no obstante, ésta ha continuado su curso, es frecuente confirmar en el alumbramiento las referidas adherencias, que constituyen una de las anomalías del alumbramiento más desagradables, en que indudablemente el empleo del cornezuelo habría de resultar necesariamente funesto.

He asistido en sus tres últimos partos á una señora, cuyas tres gestaciones, partos y alumbramientos ofrecieron de particular lo siguiente: 1.°, del segundo al tercer mes del embarazo, metrorragias; 2.°, rotura prematura del huevo antes de iniciarse el parto; y 3.°, adherencia placentaria que exigió el desprendimiento y extracción manual bajo la acción del cloroformo.

En el primero de los tres no hice el pronóstico de alumbramiento anómalo, pero en los dos últimos insinué á su esposo la probabilidad de tal anomalía; y aun en la hipótesis de inercia uterina en el parto ó en el alumbramiento, jamás hubiera ni remotamente pensado en el cornezuelo.

La observación atenta en ambos períodos del parto puede facilitar también el diagnóstico de acortamiento del cordón.

En el período de dilatación, antes de la rotura de la bolsa de las aguas, he podido en dos ocasiones diagnosticar el referido acortamiento, observando los caracteres diferentes ofrecidos por dicha bolsa durante la contracción y relajación uterina.

Al contraerse la matriz la bolsa se aplanaba, adoptando los caracteres propios de las presentaciones de vértice; pero al cesar la contracción, la cabeza ascendía solicitada por las tracciones del cordón, y la bolsa se prolongaba y en vez de plana se hacía saliente.

Tampoco en estos casos de acortamiento por circulares alrededor del cuello fetal, ó por otra causa, en la hipótesis que surja la inercia uterina, se pensará jamás en el cornezuelo, que conceptúo contraindicado.

Estas contraindicaciones, que exigen detenida observación para preverlas, comprueban elocuentemente lo que ya manifesté anteriormente; esto es, «que es mucho más fácil aplicar el fórceps que establecer las indicaciones y contraindicaciones del cornezuelo». Por lo que á mí respecta, puedo afirmar que de la Facultad de Me-

Digitized by Google

dicina salí sabiendo aplicar el fórceps, mientras que el conocimiento de estas últimas contraindicaciones del cornezuelo es el resultado de muchos años de estudio y observación.

***

Las exageraciones de Pajot, Auvard, Pinard, etc., respecto á las funestas consecuencias de su empleo en el parto, han sido beneficiosas á la humanidad; porque el cornezuelo es un medicamento de funciones terapéuticas seguras, que administrado en el período de dilatación puede resultar perniciosísimo para la madre y el feto, pero empleado racionalmente según las indicaciones de Cazeaux, Playfair, Olshausen, Veit y otros, produce éxitos maravillosos, cuya eficacia he confirmado siempre.

Como prueba patente de mi imparcialidad, y para que se vea que me reservo un lugar intermedio entre los entusiasmos y optimismos de Acconci y los pesimismos de Pajot y sus discípulos respecto á este medicamento, referiré concisamente un caso en que me pareció contraindicadísimo, y que gracias á la terapéutica eficaz empleada á tiempo, pudo evitarse deplorables consecuencias.

El año 83 fuí llamado en consulta para ver á una primípara que, según el médico de cabecera, llevaba dos días de parto, y á la cual, por haberse detenido los dolores, se le administró el cornezuelo.

Encontré á la pseudoparturiente presa de contracciones violentas y dolorosísimas que no la permitían el más mínimo descanso; y reconocida, observé que comenzaba el período de dilatación. Para neutralizar ó contrarrestar el efecto tetánico del cornezuelo, apelamos á los antiespasmódicos, á una poción de cloral, bromuro y opio, y no sólo se logró debilitar las contracciones uterinas, sino que se suspendieron durante varios días, al cabo de los cuales parió espontánea y felizmente.

Administrado el cornezuelo en muchos casos análogos á éste, se comprende bien cómo se haya desacreditado y haya que aplaudir el anatema de Pajot, al cual deben muchas madres é hijos la vida ó la salud; pero la misma proscripción debe alcanzar á todo medicamento empleado inconscientemente. El que desconozca la ciencia y arte obstétrico no debe manejar el cornezuelo ni el fórceps, ni asistir, por lo tanto, á partos. *Hay, por lo mismo, que determinar sus indicaciones y contraindicaciones en el parto, no para que su manejo se generalice, sino más bien para que recurran á él los tocólogos en los casos en que esté claramente indicado.*

Todos los órganos tienen estimulantes y moderadores de sus respectivas funciones: no podía el útero, por consiguiente, constituir una excepción á esta ley biológica general.

Digitized by Google

El abuso del cornezuelo trajo la consecuencia inmediata de su abandono; pero si fuéramos á proscribir un medicamento porque su empleo irracional produjese funestas consecuencias, hace mucho tiempo que la digital, verbigracia, hubiera sido rechazada. Nadie ignora que este medicamento es eficacísimo en la hiposistolia y que es, en cambio, funestísimo en la hipersistolia; y, por lo tanto, al tratar de establecer las indicaciones de la digital, hay previamente que examinar la función cardíaca y resolver si su fuerza contráctil es normal, está debilitada ó reforzada. Este es el único criterio que debe presidir á nuestras determinaciones al prescribir ó proscribir un recurso terapéutico.

El útero en el parto puede contraerse normalmente, irregularmente, enérgicamente ó débilmente; sólo en este último caso estará indicada la administración del cornezuelo, si no hay nada que lo contraindique.

De esto se deduce que entre las indicaciones sostenidas por Cazeaux, por ejemplo, y la proscripción absoluta de Pajot, la razón parece que está de parte del primero; pero en ciencias biológicas, ni el *magister dixit* (la fe), ni la razón pura, deben presidir nuestras determinaciones. En medicina, el único criterio admisible es la observación y experiencia.

La primera distinción que debe hacer el tocólogo ante un parto que se prolonga en el período de expulsión, habiendo la cabeza alcanzado el estrecho inferior, es determinar si no avanza por excesiva resistencia del periné, no obstante la enérgica contracción uterina, ó, por el contrario, si la cabeza se detiene por debilidad ó por falta de contracción. En este último caso, la indicación del cornezuelo no puede ser más razonable: las contracciones se hacen débiles ó tardías, ó han desaparecido, y, por lo tanto, está indicado excitarlas antes de emplear el fórceps, si resultasen incapaces las contracciones uterinas provocadas por el cornezuelo; pero aun en el caso de recurrir al fórceps, siempre ha sido beneficiosa la administración del cornezuelo para prevenir la inercia de la matriz y las hemorragias consecutivas después del parto.

En el caso de excesiva resistencia del periné, cabe también hacer la distinción de si la causa radica en las partes blandas, siendo la resistencia moderada, ó si depende de la no retropulsión del coxis, por no ceder la articulación sacro-coxígea, ó por excesiva resistencia del plano aponeuro-muscular invencible, con contracciones normales de la matriz. En este último caso, frecuente en las primíparas de edad, el empleo del fórceps se impone como indicación ostensiblemente evidente.

***

Digitized by Google

Cuando la cabeza se detiene en la excavación durante el período de expulsión, son muchas las causas que pueden ser responsables de tal detención; pero las que conceptúo de capital importancia son: ya la debilidad primitiva de la contracción uterina y de la prensa abdominal; ya la inercia consecutiva á desproporción de diámetros, desproporción dentro de los límites fisiológicos, y, por lo tanto, vencible, con mayor número de contracciones ó con mayor intensidad de las mismas.

También con mucha frecuencia la inercia surge á consecuencia de posiciones posteriores del vértice, y por eso estas posiciones pueden originar la inercia consecutiva, y quizás la primitiva también, como ya indiqué en un trabajo publicado anteriormente: *Influencia de la gravedad en obstetricia y su aplicación á la transformación de las posiciones posteriores de vértice en anteriores.*

Es indudable que reclamando las posiciones posteriores de vértice en condiciones normales mayor número ó intensidad de las contracciones uterinas, y siendo el período de expulsión más largo, ha de producirse con frecuencia la inercia uterina, y, por lo tanto, el cornezuelo tiene aquí su lógica aplicación, porque reanimando las contracciones favorecerá el descenso de la cabeza y su rotación; y aunque, finalmente, haya que terminar el parto con el fórceps, todos los tocólogos saben que no es igualmente fácil y eficaz para la madre y el feto hacer una aplicación alta ó baja, antes de la rotación ó después.

En estas circunstancias, yo administré varias veces el cornezuelo, según manifesté anteriormente, sin pasar de un gramo por lo general, y jamás presencié un caso de contractura uterina; bien es verdad que siempre recurrí á él con prudencia, auscultando el corazón fetal cuando esta precaución se generalizó, y apelando á la incisión vulvo-perineal y al fórceps, ó á ambos recursos, cuando las circunstancias lo exigían.

A consecuencia de haberse generalizado la proscripción del cornezuelo, dejé de emplearlo antes de la expulsión del feto y anejos; no lo administré mientras el útero no estuviese vacío, y combatí, por lo tanto, la inercia uterina, en el período de expulsión, con el fórceps exclusivamente; y en el alumbramiento, con el masaje uterino.

Estoy satisfecho de esta conducta; pero esto no debe ser óbice para consignar que, habiéndolo empleado en las condiciones determinadas anteriormente, jamás presencié esos espasmos que amenazan la vida fetal ó alteran el curso fisiológico del alumbramiento. Los dos únicos casos evidentes de fuerte contracción permanente uterina observados por mí son los que luego indicaré, que precisamente no estaban bajo la influencia del cornezuelo.

Al abandonar en mi práctica por espacio de seis años este eficaz

Digitized by Google

recurso contra la inercia uterina, me dejé impulsar por la moda y no administré el cornezuelo hasta que el útero estuviese vacío, desde el año 97 al 1904. Mi proceder fué ilógico, porque en ciencias de observación la fe y la razón pura deben posponerse á la observación imparcial de los hechos; y la experiencia me dice que puede haber contracturas uterinas sin la administración del cornezuelo, y que se puede recurrir á este medicamento sin que el feto muera ni la placenta quede retenida.

Puedo citar dos hechos elocuentes que corroboran esta afirmación.

Hace tres años fuí llamado en consulta para extraer una placenta que estaba retenida en la matriz á consecuencia, al parecer, de haber tomado la parturiente cornezuelo al final del período de expulsión fetal. El feto salió vivo, pero la placenta hubo que extraerla bajo la influencia del cloroformo.

La puérpera quedó perfectamente, y hace año y medio que la asistí en el último parto, que tuvo de particular lo siguiente: al aproximarse la novena falta menstrual, y antes de iniciarse el parto, se rompieron las membranas; le aconsejé que se acostase, y continuó sin que el parto comenzara; pero á los dos días se levantó, tuvo más pérdida de líquido amniótico, y el parto se inició y siguió su curso completamente normal, por más que muy rápido tanto el período de dilatación como el de expulsión, no obstante la ausencia de la bolsa de las aguas, cuya eficacia en la dilatación del cuello admiten y proclaman casi todos los tocólogos, menos nuestro inmortal Orellano, que en este asunto, como en todos los relacionados con obstetricia, se permitía pensar con su cabeza y según la observación le aconsejaba.

Como ocurriese mayor pérdida sanguínea que la normal, excité las contracciones uterinas con el masaje, logrando en seguida la detención de la hemorragia. Como la placenta no saliese ni espontáneamente ni empleando los procedimientos de Credé, Mauriceau y Champetier de Ribes, hice un reconocimiento vaginal y me encontré con el cuello contracturado, teniendo que recurrir á la extracción manual bajo la acción del cloroformo. En este parto no había tomado cornezuelo ni hubo indicación que lo aconsejara.

Este es un caso, por lo tanto, de contractura sin la influencia del cornezuelo.

Podría citar casos análogos en que el origen del espasmo habría que buscarlo en condiciones individuales propias de dichas parturientes, esto es, en idiosincrasias especiales; pues no deben atribuirse exclusivamente los referidos espasmos á las fricciones abdominales ó masaje uterino á través de la pared abdominal, que practico siempre con el fin de acelerar la formación del globo de seguridad de Pinard.

Digitized by Google

El otro caso de contractura uterina sin cornezuelo corresponde á una primípara, á quien accidentalmente asistí en el período de expulsión del segundo feto, pues se trataba de un embarazo gemelar, y al parto del primer feto asistió una comadrona.

Veinticuatro horas después de la expulsión del primer feto, fuí llamado para operar, y extraje con el fórceps el segundo feto vivo en posición occípito-sacra. Como saliese la criatura asfixiada y temiese una metrorragia por inercia, aconsejé que la comadrona frotase el abdomen, mientras yo hacía la respiración artificial al recién nacido.

Cuando ya el niño lloraba, se lo entregué á la matrona para atender á la parturiente; y viendo que la placenta retardaba su salida, la reconocí y me encontré con el útero tetanizado en vez de la temida inercia.

Con gran trabajo y paciencia logré por fin el término del alumbramiento sin necesidad de someter á la parturiente al cloroformo, que hubiera facilitado la extracción placentaria.

En oposición á estos dos casos, que prueban que la contractura espasmódica del cuello y segmento inferior uterino puede ocurrir fuera de la administración del cornezuelo, por más que Pinard y otros afirmen lo contrario, enfrente á los dos casos citados referiré otros dos muy recientes, de los cuales se deduce que el cornezuelo puede administrarse sin que el feto sufra mucho ni la placenta quede retenida, esto es, sin que se presente el tétanos uterino.

Estos casos, que voy á citar someramente, prueban mi aseveración de que *si el abuso del empleo inconsciente é intempestivo del cornezuelo ha sido funestísimo á ambas vidas, materna y fetal, su prudente administración en el período de expulsión, auscultando frecuentemente el feto y teniendo el fórceps esterilizado para aplicarlo si las circunstancias lo exigen, no es peligrosa, por más que afirmen lo contrario muchos tocólogos.*

He aquí los dos casos á que me refiero. El primero corresponde á una plurípara de treinta y ocho años (con una hernia inguinal reducida con un braguero), cuyos partos anteriores fueron muy lentos, habiendo reclamado algunos la extracción fetal con el fórceps. El 9 de Junio de 1905 fuí llamado, porque sufría dolores de parto desde las tres de la mañana. Reconocida á las nueve, observé que había una dilatación como de cinco pesetas de diámetro, y que los dolores eran raros y las contracciones débiles, iniciándose la inercia uterina experimentada en los partos anteriores. A las doce se había acentuado más todavía la inercia, y le practiqué la dilatación digital para acelerar el término del primer período del parto y estimular á la vez las contracciones uterinas. Habiendo logrado una dilatación bastante considerable, rompí la bolsa de las aguas para

Digitized by Google

abreviar el término del parto, pues las fuerzas de la enferma decaían visiblemente, y además la parturiente padecía una afección crónica del aparato respiratorio, que aconsejaba terminar pronto el parto. A la una de la tarde empezó á tomar dos cucharadas cada quince minutos de la poción siguiente:

Poción gomosa.....	120 gramos.
Tintura de canela.....	4 »
Cornezuelo de centeno recientemente molido.....	1 »

Después de la segunda dosis, se despertaron las contracciones uterinas con sus caracteres de energía é intermitencia normal, y á las tres expulsó un feto vivo, seguido de un alumbramiento fisiológico.

El segundo pertenece á una plurípara que se hallaba en la duodécima gestación y tenía antecedentes hemorrágicos en los últimos alumbramientos. A las seis de la tarde del día 27 de Mayo me avisaron. El cuello tenía algo más del tamaño de cinco pesetas de diámetro. Las contracciones eran regulares, y el período de dilatación seguía su curso fisiológico. A las siete la dilatación era completa, y á las siete y media rasgué la bolsa de las aguas. A las ocho empezó el desprendimiento de un modo regular, y cuando calculé que la expulsión del feto tardaría de cinco á diez minutos, le dí medio gramo de cornezuelo de centeno. Después de la expulsión fetal y antes de salir los anejos, tomó otro medio gramo. Expulsada la placenta y membranas, para asegurar más todavía la contracción uterina le puse una inyección hipodérmica de un gramo de ergotina Ivon. La pérdida sanguínea fué mucho menor que en los demás partos anteriores, y menos todavía que la fisiológica. Continuó tomando todos los días hasta el quinto un gramo de cornezuelo recientemente molido en dos dosis, una por la mañana y otra por la noche, y el puerperio siguió su curso fisiológico rápidamente hacia el estado normal.

De estos dos casos, en el primero estaba claramente indicado el fórceps más bien que el cornezuelo, y en el segundo pude abstenerme también de este poderoso ocitócico adoptando una actitud espectante y observando antes de recurrir á este enérgico medicamento la virtud del masaje uterino para prevenir la metrorragia; pero convencido por la experiencia en casos análogos de la inocuidad absoluta del cornezuelo y de su eficacia, manejado con la prudencia que reclama la administración de todo recurso de efecto terapéutico seguro, y al cual por vez primera se somete una parturiente sin conocer su susceptibilidad especial, apelé al referido heroico medicamento, y el éxito no pudo ser más lisonjero.

Antes de exponer las diferentes opiniones sustentadas por varios

Digitized by Google

tocólogos nacionales y extranjeros, voy á terminar, por lo que á mí respecta, manifestando: que la proscripción del cornezuelo en el parto fué la consecuencia lógica de su empleo irrazonable por personas sin la cultura tocológica suficiente; y que su rehabilitación, con la observación y mesura necesaria, ha de ser la labor de los tocólogos desapasionados, y libres, por lo tanto, de prejuicios.

Según mi observación, puedo afirmar:

1.° *Que empleado en el alumbramiento, jamás noté la más mínima dificultad en la expulsión de la placenta.*

2.° *Que empleado en el período de expulsión en las condiciones expresadas, tampoco aprecié el más mínimo perjuicio, tanto para la madre como para el feto, habiendo sido, al contrario, beneficioso su uso á ambos seres*; y

3.° *Que en el período de dilatación, por lo que observé en el caso referido anteriormente, que vi en consulta, no debe emplearse el cornezuelo, por más que Acconci lo haya administrado con éxito, hasta que nuevas observaciones y experiencias demuestren que empleado en determinada dosis, ó asociado, ó precedido de otros recursos terapéuticos, es completamente inocuo ó puede ser beneficioso* (1).

Por otra parte, la inercia uterina en el período de dilatación encuentra en la dilatación digital un recurso heroico y completamente inofensivo según mi experiencia, pues habiendo apelado á este eficacísimo medio de dilatación jamás observé infecciones ni contracturas del cuello ni del segmento inferior. Lo único que con frecuencia provoca es la rotura prematura de la bolsa, y esto tampoco tiene los peligros atribuídos por los autores, como ha observado concienzudamente uno de los genios tocológicos contemporáneos más eminentes, el Dr. Orellano.

II

OPINIONES DE ALGUNOS TOCÓLOGOS NACIONALES Y EXTRANJEROS

He aquí la carta que dirigí á algunos tocólogos compatriotas, con el propósito de que contribuyan á la revisión de un asunto que yo estimo interesantísimo:

«Muy señor mío y distinguido compañero: Pienso hacer una revisión de los efectos del cornezuelo de centeno durante el parto en

(1 Posteriormente á haber sido terminado y remitido este trabajo al Director de la REVISTA IBERO-AMERICANA, tuve ocasión de administrar el cornezuelo en tres casos durante el período de dilatación, cuyas historias publicará *El Siglo Médico* en un artículo titulado «Parto prematuro provocado, en un caso de placenta previa, é inercia en el período de dilatación combatida eficazmente por el cornezuelo».

Digitized by Google

las circunstancias siguientes: presentación de vértice con encajamiento; prolongación excesiva del período de expulsión por inercia ó debilidad de la contracción uterina y carencia de obstáculos insuperables en la parte inferior de la excavación, estrecho inferior ó en la pelvis blanda, que impidan una rápida extracción con el fórceps si la circulación fetal ó el estado de la parturiente aconsejan ó reclaman después de la administración del cornezuelo terminar pronto el parto.

»La proscripción absoluta á que Pajot y sus discípulos condujeron al cornezuelo de centeno, aquellas palabras del eminente tocólogo indicado, consideradas como de origen divino y elevadas por sus partidarios á la categoría de un axioma eterno é indiscutible, «*Mientras el útero no esté vacío no debe darse jamás el cornezuelo*», creo yo, con otros tocólogos nacionales y extranjeros, que merecen los honores de una revisión libre de todo prejuicio, é imparcial por lo tanto.

»Deseo conocer su autorizada opinión para que ilustre mi trabajo, que pienso publicar, y que me diga si administrado prudentemente el cornezuelo en las circunstancias referidas lo conceptúa usted *pernicioso*, *inocuo* ó *heroico*.»

Publicaré las contestaciones á esta carta por el orden en que han sido recibidas.

El Sr. D. Eugenio Gutiérrez González me contestó:

«Si en la contestación hubiera de limitarme á exponer lo que resulta de mi práctica, le diría en concreto que para terminar el parto, en igualdad de indicaciones, desde 1880, siempre he recurrido al fórceps y nunca al cornezuelo de centeno.»

.....

Claro está que el axioma de Pajot, que tanto terror infundió á los prácticos, no puede ni debe ser absoluto.

«En tanto que en el útero exista alguna cosa (feto, placenta, membranas, coágulos) no administréis jamás el cornezuelo.»

La moderna fisiología ha destruído muchas ideas falsas que antes eran dogmas tocológicos en cuanto al mecanismo del parto, y esto es lo que conviene revisar más bien que las ventajas é inconvenientes del cornezuelo; pues siendo éstos mayores que aquéllas, y conteniéndose los médicos en un juicioso temor, se podrá evitar el abuso de este agente ecbólico y se limitará su uso á los casos de científica indicación.

Los estudios de Fieux, comprobados por los recientes experimentos de D'Erchia sobre úteros bicornes de mamíferos, han venido á demostrar que, durante el parto, el segmento inferior del útero es puramente pasivo, como también lo es en el puerperio. No es asiento de vivas contracciones musculares, sino sólo de contraccio-

Digitized by Google

nes fibrilares. Ya D'Erchia había notado antes que, morfológicamente, la constitución del segmento inferior del útero es independiente de la del cuerpo de dicho órgano.

Por otra parte, Chidichimo, el infatigable experimentador de las contracciones uterinas, estudiando en el Instituto Obstétrico Ginecológico de Florencia la acción que ciertos medicamentos ejercen sobre el útero de las conejillas, ha visto que la ergotina Ivon, sea en dosis terapéutica, sea en dosis tóxicas, no produce tetanismo en el útero grávido ni hace más enérgicas ni más raras la contracciones que lo son en estado fisiológico. Éstas permanecen rítmicas y regulares aun después de propinar fuertes dosis de tal remedio. Tampoco la ergotina dializada ejerce influencia sobre la frecuencia de los movimientos del útero, que sólo se hacen insensiblemente menos enérgicos que los fisiológicos.

Tenemos, pues, que la experimentación llevada á cabo por distintos profesores con todas las condiciones de garantía científica aleja el fantasma del tetanismo uterino provocado por el cornezuelo y sus derivados cuando se administra de modo prudente para terminar el parto y aun el alumbramiento, y da la razón á los que siguen la práctica More Madden, quien ha empleado la ergotina en 95 casos antes de la expulsión del feto, habiendo nacido vivos 92, pues de los otros tres, dos se hallaban en vías de putrefacción. En 25 casos administró la ergotina después de la salida del feto, para acelerar la expulsión de la placenta y prevenir una amenaza de hemorragia, práctica que hoy siguen también con éxito algunos profesores italianos, y que es siempre preferible á la extracción manual, verificada de un modo sistemático en alguna clínica francesa en cuanto ha sido expulsado el feto.

Por esto me parece muy prudente el criterio de un representante de la escuela alemana.

Bumm, en su hermoso tratado de Obstetricia, dice: «Yo aconsejo no administrar el cornezuelo en el período dilatante y limitar su empleo en el período expulsivo á aquellos casos en los cuales existe la posibilidad de ultimar el parto apenas corre algún peligro el feto.

»Una vez decididos á administrarlo, hay que vigilar las contracciones, los caracteres del doble latido cardíaco del feto, y tener á mano el forceps para emplearlo en seguida».

Lo cual quiere decir que la indicación requiere las condiciones clásicas siguientes, ya conocidas de muy antiguo, si existe inercia uterina:

1.ª Que el orificio uterino esté simplemente dilatado ó muy dilatable.

2.ª Que las membranas se hayan roto.

3.ª Que la presentación sea normal, de modo que el parto pueda

Digitized by Google

verificarse fácilmente, es decir, de vértice, rara vez de nalgas y encajado.

4.ª Que el conducto pelvi-genital sea normal ó proporcionado al feto que ha de atravesarlo.

5.ª Que la circulación fetal no se halle comprometida.

Si la educación tocológica de todos los médicos fuese tan completa que les permitiera apreciar con exactitud estas circunstancias, yo no tendría remordimiento alguno en que se generalizase el empleo del cornezuelo de centeno para terminar el parto en los casos de verdadera inercia uterina y con las indicaciones que anteceden, máxime cuando se trata de la práctica rural y de la carencia de medios con que se lucha para ejercerla. Pero como, desgraciadamente, no sucede así, comprendo la necesidad de restringir su empleo para evitar el abuso. Claro es que ante un caso de inercia uterina, y tratándose de un parto que no ofrece otra dificultad, supuestas las condiciones de presentación y estática pelviana ya dichas, si el médico se encuentra solo y no tiene seguridad en el manejo del fórceps, debe siempre recurrir al cornezuelo.

Y aquí entra la segunda parte que debe conocer el práctico para llenar la indicación de un modo racional: acción fisiológica del medicamento y modo de administrarlo.

Si en la experimentación fisiológica Chidichimo «no ha observado jamás dos contracciones uterinas perfectamente iguales, de tal modo que sobreponiendo sus abscisas una á otra coincidiesen exactamente, sea en la curva primaria, sea en la secundaria», mucha mayor desigualdad ofrecerán las contracciones provocadas por un agente terapéutico que carece de un alcaloide de acción constante y cuyo extracto se presenta en el comercio bajo formas farmacéuticas diversas, conteniendo alguna diferentes sustancias.

Según las investigaciones de Jacobj, publicadas en 1897, el principio que da al cornezuelo de centeno su propiedad específica sobre el útero sería una resina no azoada, la *esfacelotoxina*, que se combinaría con un cuerpo indiferente de color amarillo de oro (*ergocrisina*), para producir una sustancia activa que llama *crisotoxina* ó *segalinotoxina*.

Según Plowzight y Kobert, los principios activos del cornezuelo son: el ácido *esclerotínico*, el *esfacelínico* y la *cornutina*. El primero rebaja la presión sanguínea y ocasionaría trastornos nerviosos; el segundo llegaría á producir, forzando las dosis, hasta el esfacelo de los tejidos, pues es vaso-constrictor y da lugar hasta á la obliteración de las arteriolas, aparte de su acción sobre la medula; la *cornutina*, que para algunos no tiene acción sobre la matriz sino á dosis tóxica, es para otros el agente principal de la contracción uterina.

Digitized by Google

La acción del medicamento sobre el centro circulatorio es sedante, puesto que hace más lentos los latidos; y si se emplea una dosis fuerte de ergotina, el corazón permanece en diástole y se hace insensible á toda excitación.

Por lo mismo que el cornezuelo ejerce su acción principal sobre la fibra muscular, los vasos sufren una contracción que disminuye su calibre, á cuyo efecto contribuyen los centros vaso-motores, influenciados por los trastornos que el medicamento determina en la medula (anemia de la medula espinal por constricción de sus vasos).

Es, pues, el cornezuelo un excitante de las contracciones uterinas. Esta acción se manifiesta al cabo de diez á treinta minutos; y si se emplea la ergotina, á los dos ó tres minutos. Al cabo de media hora, las contracciones, que eran enérgicas, rítmicas y aproximadas, aunque en sus intervalos se advierta á veces que la matriz está en tensión permanente, se debilitan, y es preciso recurrir á nuevas dosis del medicamento para reanimarlas. Y se necesita atenta observación para apreciar estos momentos y el efecto de las nuevas dosis, con el fin de no pasar los límites de la contracción fisiológica y de no provocar la contractura permanente, que comprometería la vida del feto por asfixia y por toxemia.

Estos efectos varían según el preparado que se administre. Si se emplea el cornezuelo, en el cual se reúnen todos los principios activos, y cuya ingestión puede dar lugar á intolerancia por parte del estómago, bastará á veces administrar dos dosis de medio gramo en un espacio de veinte minutos ó media hora para conseguir despertar las contracciones uterinas regulares, siendo de buena calidad el medicamento; en ocasiones será suficiente una sola dosis, ó tal vez haya que recurrir á una tercera ó cuarta si las primeras no son toleradas, y entonces se corre el peligro de la acumulación, y sobrevendrá la contractura permanente si no se vigilan sus efectos.

Con las ergotinas pasa lo mismo, y su manejo es aún más difícil que el del cornezuelo para obtener el efecto útil. En tanto que la ergotina Bonjeau contiene *ácido esclerotínico* y *cornutina*, en la de Viggers no se encuentra el primero y es escasa la segunda; en la de Ivon hay más cornutina, y en la de Fauret ácido esfacelínico; de donde se deduce que sus efectos han de ser distintos y han de variar las dosis para su administración. Para obtener el efecto excitante de la contracción, bastan, por ejemplo, 20 centigramos de ergotina Bonjean (solución al 20 por 100 en agua cloroformada) inyectados bajo la piel, y en cambio son necesarios 50 centigramos de la ergotina Viggers; 5 á 8 centigramos de la Fauret equivalen á 10 y 20 de la de Ivon para determinar el mismo efecto en el mismo individuo.

Digitized by Google

Tiene, pues, el médico que proceder por tanteo en el uso de estos remedios y no separarse de la parturiente para vigilar la acción de los mismos, á fin de no rebasar su efecto útil, cosa indispensable en tanto el feto se halle dentro del claustro materno.

Resumiendo cuanto queda expu esto, me parece que puedo contestar á su consulta lo siguiente:

1.° Que la proscripción absoluta del cornezuelo de centeno para terminar el parto en los casos de inercia no está justificada cuando concurren las circunstancias que usted señala en su carta, y que constituyen las indicaciones clásicas para su empleo.

2.° Que en tales casos constituye un buen recurso para el médico que no domina el manejo del forceps ó no tiene á mano este instrumento, y se ve en la necesidad de terminar el parto en beneficio del feto ó de la madre.

3.° Que no es un crimen de lesa ciencia, como suponía Pajot y siguen creyendo sus discípulos, el emplearlo antes de la expulsión de las secundinas de la manera racional y juiciosa que algunos profesores lo hacen.

4.° Que, á pesar de lo dicho, el verdadero tocólogo no echa de menos el cornezuelo para solucionar los conflictos de la inercia durante el parto ó el alumbramiento; y

5.° Que para evitar el abuso que la ignorancia hizo del cornezuelo, llevándolo al descrédito, hace falta que la cultura tocológica limite su uso, para conseguir su rehabilitación, á los casos en que esté perfectamente indicado.

Tal es el criterio de su afectísimo amigo y compañero, q. b. s. m.,

EUGENIO GUTIÉRREZ

Madrid, 25.

***

El Dr. D. Julio Larrú Muñoz me envió la siguiente contestación:

«Aleccionado por mi práctica, y conforme en absoluto con el aserto de casi la totalidad de tratadistas en la materia, considero el uso del cornezuelo de centeno durante el parto, y cualesquiera que sean las condiciones en que se administre, *inútil ó pernicioso*.

Varias veces he extraído fetos muertos de matrices contracturadas por el abuso del cornezuelo, en casos en que, á pesar del tetanismo uterino, el parto no había progresado durante largo tiempo.

No niego, ni puedo negar, que en ideales y excepcionales circunstancias como las que me indica mi querido amigo el Dr. Cerecedo, el cornezuelo puede acelerar el parto; pero aun en este caso, creo que su uso dista mucho de estar exento de peligros, porque predispone á rasgaduras de partes blandas de la hilera genital, y á retenciones de productos que favorecen la infección.

Digitized by Google

Siquiera sea preciso repetir lo que á fuerza de sabido debiera estar olvidado, he de razonar esta mi convicción, siquiera sea con la brevedad que la índole de esta nota exige, aseverándola con algunas opiniones de mayor autoridad que la mía.

Las dificultades que presenta el uso del cornezuelo principian en las condiciones farmacológicas de este hongo. Esta es la hora que desconocemos, como desconocemos en la mayor parte de los fármacos vegetales, su principio activo definido; y no sólo carecemos de este principio, sino que carecemos también de un producto de propiedades invariables. Según el año en que se recolecta, la fecha de recolección, modo de desecación, conservación y hasta el tiempo de pulverización, su energía es diferente, estando, no obstante, todos los *farmacópolas* conformes en su diversa actividad y fácil alteración, hasta el extremo que hay algunos que niegan acción al cornezuelo más allá de Diciembre del año en que se ha recolectado. Quizás estribe en esto la supuesta inocuidad del cornezuelo, pues de otra manera no se explica que hombres como Lombe-Atthil hayan aconsejado el cornezuelo en hemorragias con amenaza de aborto.

No estamos mucho más adelantados en cuanto se refiere á su acción fisiológica á título de occitócico. Creen unos, con Vernich, que estimula la fibra muscular uterina por anemia secundaria de los centros nerviosos producida por parálisis, y, por tanto, congestión acuosa con anemia arterial consecutiva. Otros, con Bernicke, creen que la anemia productora del estímulo procede directamente de isquemia capilar. Hay quien admite, con Kölher, que actúa sobre los nervios periféricos; y, por último, otros muchos suponen que ejerce su acción directa sobre la fibra muscular.

También reina conformidad en admitir que la acción del cornezuelo es tanto más enérgica cuanto más hipertrofiada está la fibra muscular uterina, efecto de la gestación, y, por tanto, esta acción es tanto más enérgica también cuanto más adelantado está el embarazo.

Asimismo existe absoluta conformidad en admitir la naturaleza constante de las contracciones que origina el cornezuelo, y en esto estriba, como todos dicen y todos sabemos, la perniciosa acción de este fármaco. Hoy está fuera de duda que la intermitencia de las contracciones uterinas en el parto es una condición providencial que garantiza, no sólo el agotamiento de la madre y la integridad de las partes blandas de su aparato genital, sino la vida del feto y su progresión para ser expulsado. Que la contractura uterina, producida ó no por la acción del cornezuelo, no tiene acción aceleratriz sobre la marcha del parto, excepción hecha en ciertas y determinadas condiciones ideales, es un hecho de observación clínica-obstétrica diaria; que aun dadas esas condiciones ideales, tales como descenso y pequeñez de la cabeza, buena conformación y carencia de

Digitized by Google

obstáculos por parte de la madre, pueda asimismo el cornezuelo, en vez de acelerar, detener el parto, es evidente, porque la ciega contracción que produce necesariamente ha de contracturar el anillo de Baudl, y esta contractura puede oponerse á la expulsión de un gran diámetro fetal, como el biacromial. Schatz ha demostrado con sus experiencias toco-dinamométricas que la presión intrauterina bajo la acción del cornezuelo es constante, y hasta enorme, en el intervalo de las contracciones sensibles; por lo que tan eminente autor, considerando, como todos los que han tratado la materia, la intermitencia en las contracciones como condición favorable á la progresión del parto, niega que el cornezuelo tenga acción aceleratriz sobre él; opinión de la que participa Schröeder y otros autores.

Excusamos recordar la perniciosa acción que esa contracción constante ejerce en toda lesión por compresión sobre tejidos maternos, siendo suficiente recordar en este sentido la inocuidad que Budin admite mientras la inercia persiste.

Tampoco es preciso insistir sobre la sabida y nefasta acción que esa contracción permanente ejerce sobre la circulación útero-placentaria, y, por tanto, los peligros que encierra para el feto. Baste mencionar que Deville, en su Memoria leída ante la Academia Imperial de Medicina, en 1859, después de analizar detenidamente 515 casos de muerte fetal en el claustro materno, dedujo que 72 por lo menos tenían por causa la acción del cornezuelo. Hardy le aplicó durante el parto en 30 casos, y sólo diez niños nacieron vivos. Ahí están, además, los de Mac-Clintock, Beatty, Dauyau, etc., etc., para evidenciar tan funesta acción. Cuantos han tratado esta cuestión, han observado que el cornezuelo disminuye rápidamente los latidos fetales, y rápidamente también los hace intermitentes, paralizándolos después.

Hacemos caso omiso en este momento de acciones perniciosas más ó menos próximas que autores como Wright y Ramsbothan han observado en la madre y el niño.

Aunque esta contracción permanente se ejerza en las condiciones occitócicas ideales que significa mi querido compañero el Dr. Cerecedo, estamos muy lejos de creer que la acción del cornezuelo sea inocente. Prescindiendo de los horrores que ocasiona el *polvo de la muerte* cuando se administra *á tontas y á locas* y lucha con un obstáculo más ó menos insuperable, y admitiendo que cumpla con su cometido acelerando el parto, esta rapidez necesariamente ha de ser tan brutal, que puede no respetar la integridad de las partes blandas maternas, sobre todo en las primíparas, favoreciendo la producción de roturas vaginales y extensos desgarros del periné, cuyo tipo es el caso de Morere, ya que no esas roturas uterinas estudiadas principalmente por Trash.

Digitized by Google

Por otra parte, creo que para que formalmente esté indicado el uso del cornezuelo se precisa una inercia esencial y un diagnóstico indudable que nos evidencie la carencia absoluta de todo obstáculo mecánico, condiciones que creemos dificilísimas, si no imposibles, de cumplir. Cuantas más canas vamos teniendo en el ejercicio de los partos, más vamos creyendo que la inercia esencial no existe. De acuerdo con Barnes, nos vamos convenciendo que esas inercias dependen, ya de una especie de presciencia de la Naturaleza frente á un obstáculo mecánico, ya del agotamiento por larga lucha, ó ya por falta de oportunidad en la época del trabajo con insuficiencia de desarrollo de la fibra uterina. Y dicho está que en este caso no hay para qué indicar la inercia dependiente de delgadez por distensión del miometrio.

Ahora bien: admitiendo como admitimos la no existencia, ó por lo menos la rareza, de la inercia esencial, necesariamente hemos de elevarnos á la naturaleza de la causa para plantear un tratamiento lógico, sin acordarnos siquiera del empleo del cornezuelo. ¿Quién no ha visto ceder, por ejemplo, una atonía ó inercia por hidramnios con la simple punción de membranas? ¿Quién que haya asistido con competencia á partos no ha observado casos con antecedentes metriticos, ligera hemorragia, dilatación lenta é inercia relativa, que cede fácilmente despegando las adherencias de las membranas próximas al cuello que la origina? ¿Quién no ha observado la funesta acción de las desviaciones uterinas y ha puesto fácil remedio á la inercia que por cansancio producen con sencillos cambios de postura, ó maniobras más sencillas todavía, á la cabeza de las que figura la de Lafforre? ¿Quién, por último, ignora las insuperables dificultades que tenemos en muchas ocasiones para investigar la causa de la inercia, como lo prueban esas angustias pelvianas por hipermegalia relativa, esas contracturas del anillo de Baudl, esos fibromas intrauterinos, esas desviaciones de miembros, monstruosidades, etc.? Y si desconociendo la causa, que puede ser más ó menos insuperable, pretendemos favorecer la *vis á tergo* uterina con una fuerza tan ciega, antifisiológica y brutal como la que es capaz de desarrollar en ocasiones el cornezuelo, fácilmente comprenderemos las funestas consecuencias que su uso puede originar, no ya en manos de comadres y comadrones, sino de competentes tocólogos.

Por otra parte, si considerando que en las especiales condiciones que significa el Dr. Cerecedo tenemos medios tan inocentes como la expresión uterina, y ante todo el fórceps bien manejado, comprenderemos también lo inútil que resulta tan peligrosa arma obstétrica. Es más: no sólo en esas condiciones ideales, sino en las que todavía se utiliza generalmente, nosotros hace tiempo que prescindimos de su uso, y no nos pesa. Como hemostático post-partum tenemos me-

Digitized by Google

dios más eficaces y menos peligrosos, puesto que nadie puede negar la acción retencionista del cornezuelo y nadie puede negar tampoco que coágulos existen siempre dentro de la matriz después del parto. A título de calmante de los entuertos, dicho está que su uso es contraproducente, pues favorece la retención, y la contracción que origina es más dolorosa. Favoreciendo la retención, dicho se está también que favorece la infección favoreciendo medios de cultivo y condiciones abonadísimas para el desarrollo de microorganismos.

En lo que á las hemorragias se refiere, hacemos nuestras las palabras de madame Goches-Sarrante: «No merece el nombre de tocólogo el que no tiene más medios de detener una hemorragia que el cornezuelo».

En resumen: considero no sólo pernicioso, sino criminal, el aserto de Bailly, y creo que permanece y debe permanecer vigente el de Pajot; equiparo el gancho y el cornezuelo á la forma poética, y creo que no es prudente exhumar el putrefacto cadáver del tizón del centeno.»

***

El Dr. D. Antonio Cospedal y Tomé me contestó lo siguiente:

«En las circunstancias que usted detalladamente señala en su carta, y de las cuales supongo hará usted mención en el trabajo que se propone hacer, yo entiendo que el cornezuelo de centeno es útil é inocuo; pero yo doy preferencia al fórceps.

Creo que así contesto clara y precisamente á su pregunta.»

***

El Dr. D. Miguel A. Fargas me remitió la siguiente contestación:

«He de empezar por decirle que á mis alumnos les enseño que no hagan uso del cornezuelo ínterin exista algo en el útero.

No es que crea que no puede emplearse; es que pienso que su uso puede ocasionar dificultades en el alumbramiento, que si no tienen importancia para una mano diestra y educada, son muy importantes y difíciles entre los bisoños.

Con esto casi contesto á su pregunta, pero la ampliaré diciendo que, empleado el cornezuelo, aun en las circunstancias que usted indica, por un médico que no sea tocólogo, lo considero más *pernicioso* que útil. Si es un tocólogo medianamente diestro, puede resultar *inocuo*; y si el que lo maneja es un tocólogo de cuerpo entero, puede hasta ser *heroico*.

Con lo que dicho se está que para quien más sirve es quien menos lo necesita.

Digitized by Google

Planteado el problema en los términos precisos en que usted lo pone, tiene usted toda la razón, y creo hace usted bien en emplearlo, y hasta en recomendarlo, haciendo toda clase de salvedades acerca de la prudencia con que debe usarse y los accidentes que puede motivar en el alumbramiento, para que el médico en general esté prevenido á lo que pudiera ocurrirle.

Yo personalmente pongo en práctica lo que enseño á mis alumnos, pero eso no quiere decir que no merezca mi aprobación otro criterio, sobre todo si tiene por base un conocimiento profundo de la especialidad.»

***

He aquí la contestación del Dr. D. Antonio Fernández Chacón:

«Aparte de lo que haya podido influir en mi espíritu la opinión de los antiguos clásicos, especialmente la del Dr. Pajot, personalmente nunca me ha sido simpático el cornezuelo de centeno.

Comienzo por no haber podido averiguar de un modo claro si dicha sustancia obra directamente sobre la fibra muscular del útero, si lo hace por el intermedio de la sangre, ó si actúa sobre los centros vaso-motores, y éste es ya mi primer motivo de vacilación con que siempre he luchado para emplearle.

En cambio, sé bien que para que el cornezuelo obre es preciso no sólo que el músculo uterino haya alcanzado el máximum de su hipertrofia, sino que su contractilidad se haya puesto previamente en acción por cualquier otra influencia, circunstancias que me permiten considerarle tan sólo como coadyuvante de otros medios más seguros, y juzgarle impotente para producir por sí solo contracciones eficaces.

Todo el mundo sabe que el cornezuelo, espasmodizando el útero, convierte sus contracciones de intermitentes en remitentes, comprometiendo de este modo la vida del feto; pero, prescindiendo de este peligro, que no es poco prescindir, yo tengo la creencia de que, suprimiendo los períodos de reposo del órgano, se alteran hondamente el mecanismo y la marcha regular del parto.

Su acción, por otra parte, se hace esperar á veces más de veinte minutos, tiempo suficiente para que una hemorragia violenta comprometa la vida de las parturientes. Su influencia se prolonga á veces cerca de una hora, manteniendo todo este tiempo una contracción tan intensa, que podría comprometer la integridad de alguna matriz previamente alterada en su estructura.

Además, yo he creído siempre que las dificultades del parto, de ordinario motivadas por el desacuerdo entre la potencia y las resistencias, no deben nunca vencerse tratando de exagerar la primera

Digitized by Google

como hace el cornezuelo, sino procurando vencer las segundas por los múltiples medios de que hoy dispone la tocología.

El cornezuelo, además, no limita su acción, como la mayor parte de los medicamentos, al órgano que queremos modificar, sino que extiende su influencia, á veces perniciosa, á muchos otros. Sobre el corazón influye retardando sus latidos; por virtud de su influencia sobre la fibra muscular de los vasos, modifica la tensión sanguínea, con posible perjuicio de algunos órganos, particularmente de los centros nerviosos, en los que determina una notable isquemia.

El aparato digestivo protesta siempre de su administración, en forma de náuseas y vómitos molestísimos, y á veces de pertinaz estreñimiento.

Después de la administración del cornezuelo toda otra intervención se hace difícil, y á veces imposible, resultando, por lo tanto, que, cuando con él no hemos podido conseguir el fin apetecido, nos vemos privados también de los demás recursos. ¡Cuántas veces habrá usted tenido que luchar con graves dificultades al querer practicar una versión, una aplicación de fórceps ó la extracción de una placenta enquistada, en mujeres en las que una dosis intempestiva de cornezuelo ha ceñido íntimamente el útero á su contenido!

Estas razones, y algunas más que omito por no hacer muy larga esta carta, han hecho que emplee muy pocas veces el cornezuelo en mi práctica; por lo cual, como en otra ocasión le dije, no he podido adquirir la experiencia personal suficiente para que la opinión que me pide tuviese mediano valor.

Sólo en algunos casos de hemorragias en el período post-alumbramiento le he empleado, pudiendo asegurarle que, para dominarlas, he tenido siempre que recurrir á otros medios de mayor eficacia.

Vea usted, pues, aunque le parezca exagerada esta afirmación, por qué nunca he creído necesitar del cornezuelo, y he apelado á otros recursos, á mi juicio más seguros, más rápidos y menos peligrosos.

Para vencer la inercia en el período de dilatación, me ha bastado siempre el estímulo directo producido por la colocación de un dedo entre el cuello y la porción fetal presentada.

En el expulsivo, una sencilla aplicación de fórceps en las presentaciones de vértice, y la deflexión de los miembros inferiores en la de nalgas, me ha resuelto las dificultades para las que se quiere recomendar hoy el cornezuelo.

Con el método de Credée en el alumbramiento, he conseguido siempre una expulsión rápida y completa de los anejos.

Y en las hemorragias post-alumbramiento, de sobra sabe usted que sería peligroso esperarlo todo del cornezuelo, y que disponemos

Digitized by Google

de múltiples y poderosos medios que, empezando por el estímulo directo producido por la introducción de la mano en el útero, y siguiendo con el que despierta la inyección de agua á 50°, puede terminar, si es preciso, con el taponamiento intrauterino con gasa aséptica, de eficacia indiscutible.

Después de todo lo expuesto, ¿qué nos queda del cornezuelo? Su empleo inoportuno y peligroso por personas de buena fe, pero que desconocen la tocología, y sus efectos desastrosos cuando con intención punible lo administra una mano criminal.»

***

La contestación del Dr. D. Enrique Oliván, presidente de la Sociedad Ginecológica, fué la siguiente:

«A mi juicio, la proscripción total, completa y absoluta del cornezuelo de centeno en la práctica obstétrica envuelve una condenación tan injusta como inmerecida.

Es cierto que el excesivo abuso que de aquella sustancia se hizo en pasados y aún no muy lejanos tiempos, pudo justificar las palabras de Pajot, que, indudablemente, han producido no pocos beneficios; pero es igualmente indiscutible que en ellas se incurrió en notoria exageración, tal vez consciente y premeditada, para poner correctivo á su administración imprudente é intempestiva.

Todos cuantos alcanzamos edad ya algún tanto avanzada hemos tenido repetidas ocasiones de observar los perniciosos efectos del cornezuelo empíricamente administrado, con desconocimiento de sus verdaderas indicaciones, en dosis altas y repetidas y en momento del parto en que la dilatación se hallaba poco avanzada, y aun algunas veces iniciada apenas.

En tales circunstancias, que por desgracia solían repetirse con dolorosa frecuencia, los casos de tétanos uterino, de muerte del feto y de engatillamiento posterior de la placenta, eran positivamente numerosos, forzoso es reconocerlo, y éste es el origen de su proscripcion completa y temporal descrédito. Hoy, sin embargo, el uso del cornezuelo no puede llevar aparejados los riesgos de pasados tiempos; prudentemente administrado por tocólogos expertos, en casos de elección como el que usted señala en su consulta, el cornezuelo no sólo puede ser útil haciendo terminar el parto por los solos esfuerzos de la naturaleza, sino que puede librarnos de incurrir en otro abuso, á que insensiblemente parece que vamos caminando por una ciega é imprudente confianza: al abuso del fórceps.

Esto no obstante, yo he de decirle que, á pesar de profesar esta creencia, carezco de experiencia personal propia, pues una sola vez en mi vida he empleado el cornezuelo con feliz é inmediato éxito, en

Digitized by Google

un caso semejante al que usted nos presenta como tipo, porque no he podido sustraerme al recuerdo de los variados accidentes que he presenciado al ser llamado á consulta para combatir los efectos de su inoportuna é inmoderada administración. Creo, por lo tanto, que la reacción que en su favor se inicia en estos momentos puede ser útil y laudable, siempre que se limite bien su casi única y exclusiva indicación y se huya de los riesgos que la facilidad de su prescripción otorga á manos inhábiles.»

***

El Dr. D. Florencio Polo Tremps, tocólogo de la Beneficencia municipal y secretario de la Sociedad Ginecológica, me contestó:

«Pregúntame usted si conceptúo pernicioso, inocuo ó heroico el cornezuelo, administrado en las circunstancias siguientes: presentación de vértice encajado, inercia uterina en el período de expulsión, sin obstáculos en la excavación, estrecho inferior ni en la pelvis blanda que impidan una rápida extracción con el forceps, si después de administrado el cornezuelo la circulación fetal ó el estado de la parturiente aconsejan terminar pronto el parto.

Pues bien: creo que el caso que usted describe es, *quizás*, el único durante el trabajo en que puede reportar ventajas el empleo del cornezuelo, administrado en debida forma y vigilando sus efectos sobre el músculo uterino y sobre la circulación del feto. Yo lo he empleado *en estas circunstancias* bastantes veces, la última hace tres días, y declaro que no he observado esos compromisos graves de la vida del feto, ni tampoco dificultades serias en el alumbramiento, de las cuales tanto nos hablan los autores.

Tal es mi opinión, deducida de mi modesta práctica, que viene á sumarse á las de otros tocólogos de prestigioso nombre que restringen el absolutismo del precepto de Pajot.»

***

La disconformidad en lo que respecta al uso del cornezuelo de centeno en el parto, es evidente en el último cuarto de siglo en todos los países.

En Septiembre de 1882, en la sesión verificada en Boston de la Sociedad Ginecológica Americana, presidida por Emmet, mientras el Dr. J. Taber Johnson (de Washington) sostuvo que el cornezuelo produce en el útero durante el parto una contracción tónica persistente, que se hace tetánica y es completamente opuesta á la contracción rítmica fisiológica, el Dr. Emmet dijo que dicha contracción persistente podía ocasionar vaginitis, pelvicelulitis y esfacelo

Digitized by Google

á causa del mucho tiempo que permanecen los tejidos contraídos y sin riego sanguíneo; por el contrario, el Dr. Fordyce Barker (de New-York) manifestó que no debe emplearse jamás el cornezuelo de centeno para producir una contracción del útero en el primer período del parto; que puede emplearse en el período de expulsión, y que una vez terminado el parto, administra el cornezuelo de centeno para mantener retraído el útero, pues esta sustancia favorece la involución uterina.

***

En la Sociedad Ginecológica Española se discutió también en diferentes ocásiones el empleo del cornezuelo en el parto. En el año 1883 se trató este asunto con gran extensión, y ha reinado la misma desconformidad que en la Sociedad Ginecológica Americana.

El Sr. Gómez Torres manifestó que dificultando la contracción uterina la libre circulación útero-placentaria, el feto está expuesto á perecer por asfixia, y que obligando la contracción de la matriz provocada por el medicamento á una compresión más enérgica y más fuerte de la cabeza del feto contra los órganos de la madre, expone á la aparición de escaras gangrenosas, y que, por lo tanto, creía perjudicial la administración del cornezuelo de centeno en el período de dilatación y en el de expulsión.

El Sr. Alonso Rubio, que resumió el debate, manifestó que en su concepto, fundándose en los resultados de su observación personal, la contracción que provoca el cornezuelo de centeno es verdaderamente remitente; pero que no pasando de las dosis racionales, ni la madre ni el feto corren peligro en los casos en que está indicado: aquélla, porque no exponiéndola á una imprudente repetición de dosis, no sufre los trastornos referidos por el Sr. Gómez Torres; y éste, porque no dificultándose la circulación útero-placentaria, no puede morir asfixiado.

En el año 1884, en la misma Sociedad Ginecológica Española, el Sr. Torres citó tres casos de su práctica particular en que había empleado el cornezuelo.

En el primer caso se trataba de una multípara en el período de expulsión, siendo la presentación de vértice (izquierda anterior) y con inercia uterina. Le administró 20 centigramos, y vió reaparecer las contracciones del útero á los diez minutos, siendo perfectamente regulares é intermitentes hasta conseguir la expulsión del feto treinta minutos después de la administración del cornezuelo de centeno.

En el segundo caso se trataba de una occípito-posterior. Le administró para combatir la inercia uterina 20 centigramos de cornezuelo, y reaparecieron las contracciones, aunque con debilidad, por lo cual á los treinta minutos de la primera dosis dió otra igual, ter-

Digitized by Google

minando esta segunda dosis el parto al poco tiempo con toda felicidad. *Las contracciones provocadas por el cornezuelo fueron también, como en el caso anterior, completamente intermitentes.*

En el tercer caso, después de la completa dilatación del cuello y á las cuatro ó cinco horas de rota la bolsa de las aguas, sobrevino la inercia uterina. Intentó reanimar las contracciones, dando de una vez 30 centigramos, y vino un tetanismo uterino violento, sin que se pudiera apreciar en este caso si era debido á este agente ó á condiciones especiales de la madre la presentación de este accidente, como se observa en tantas otras, sin tomar dicha sustancia, cuyo tetanismo desapareció con un baño general. Después del baño se regularizaron las contracciones; mas viendo que la cabeza avanzaba y retrocedía, sin adelantar en su descenso, y sospechando una distocia por acortamiento del cordón, aplicó el fórceps, y realmente vió después de la extracción de la cabeza confirmado su diagnóstico, pues había el acortamiento accidental del cordón, producido por las vueltas alrededor del cuello del feto. Desarrollado el cordón, el niño lloró en seguida, lo cual prueba la inocuidad del cornezuelo de centeno.

De lo dicho se infiere que hace cuatro ó cinco lustros había, como hoy, partidarios y enemigos del cornezuelo en el parto.

Voy concisamente á reseñar ahora la manera de pensar sobre este particular de eminentes tocólogos extranjeros contemporáneos.

*
* *

En el número 2.683 de *El Siglo Médico*, correspondiente al 13 de Mayo de 1905, el joven, estudioso é inteligente Dr. A. Pulido Martin ha traducido un interesante artículo sobre el empleo profiláctico de los preparados del cornezuelo durante el parto, por el Dr. Fritz Prüsmann, médico ayudante de la clínica de la Universidad de Berlín (director profesor, Olshausen).

Empieza manifestando que en los últimos tiempos ha sido muy temido el empleo de altas dosis de cornezuelo en el parto, y que, sin embargo, es seguro que un uso abundante durante corto tiempo es bastante inocente y útil. Es ya sabido—añade—que en el período de dilatación puede producir el cornezuelo tétanos uterino, y con él *graves* complicaciones. *No hemos podido observar*—dice—*después de la ergotina ninguna contractura del segmento inferior del útero ó sólo del orificio interno después del parto; hemos visto, en cambio, estas últimas con retención de la placenta en casos en que para cohibir una hemorragia después de la salida del niño la matrona había frotado mucho tiempo sobre el útero, y luego había pedido nuestro auxilio. Después de la ergotina, sin haber tocado antes mu-*

Digitized by Google

cho el útero, podemos la mayor parte de las veces expulsar con la maniobra de Credé los anejos del feto, que de ordinario se han desprendido ya con poca sangre al cabo de media hora.

En dicha clínica utilizan la ergotina como profiláctica en todos los casos en que pueden temer una contractilidad defectuosa del útero:

«En los partos espontáneos, al salir la cabeza; en la extracción con el fórceps, al aplicar éste; en la extracción por los pies, al salir el tronco. En algunos casos de debilidad absoluta en el período de expulsión, cuando la cabeza se encuentra sobre el suelo pelviano, opina el insigne maestro Olshausen que *no es peligroso administrar ergotina, supuesto que se observe constantemente el estado del corazón fetal, para poder terminar el parto con fórceps si se hace necesario.*»

El ilustre maestro Bumm emplea también el cornezuelo en los casos en que está indicado, si existe la posibilidad de ultimar el parto, apenas córra algún peligro el feto.

***

No obstante ser conceptuado como pernicioso el uso del cornezuelo en el primer período del parto, hay algunos que lo han empleado con éxito satisfactorio. El infatigable experimentador Acconci cita un caso verdaderamente elocuente y demostrativo de la inocuidad del cornezuelo aun en circunstancias menos favorables, pues lo administró á una primípara de treinta y cinco años en el período de dilatación donde los bordes del cuello estaban gruesos, la dilatación era de tres centímetros, y las contracciones uterinas irregulares. En estas condiciones administró á las 9 y 40 de la mañana un gramo de cornezuelo, á las 10 y 20 otro gramo, á las 10 y 45 otro gramo, y finalmente otro gramo á las 11 y 25. El parto terminó á las 12 y 20. El feto, vivo y sano, pesó 3.120 gramos, y tenía 51 centímetros de largo.

El mismo autor confiesa ingenuamente que en este caso el cornezuelo lo empleó en condiciones desfavorables. En efecto: «Se trataba de una primípara con membranas rasgadas y parte de líquido amniótico perdido, y el cuello del útero tenía los bordes gruesos y una pequeña dilatación de tres centímetros; pero convencido, por precedentes experiencias, de la inocuidad de este remedio, lo empleó con toda eficacia, *estando preparado para combatir cualquier contratiempo y conjurar los efectos nocivos del cornezuelo si se hubieran presentado amenazadores.*»

Este caso es una comprobación de que en el determinismo del tétanos uterino consecutivo á la administración del cornezuelo en el

Digitized by Google

parto, aun en el período de dilatación, hay un factor poderosísimo, que es la mayor ó menor susceptibilidad individual; por esto precisamente ya mencioné anteriormente que el cornezuelo en el parto puede producir efectos distintos según la dosis, el período del parto en que se emplea, el estado funcional del útero en el momento de su administración (esto es, si la matriz se contrae con excesiva energía ó frecuencia, de un modo fisiológico, débilmente ó está inerte), y, por fin, según ciertas condiciones individuales.

***

Para terminar, condensaré en pocas palabras mi modo de pensar sobre este interesante asunto:

1.° *Administrado el cornezuelo al final del período de expulsión, y aun antes, á dosis moderadas (de 20 á 40 centigramos hasta efecto, sin rebasar la dosis de un gramo), nunca observé contracturas, sino que las contracciones fueron siempre rítmicas é intermitentes.*

2.° *Empleado más moderadamente, todavía en el período de dilatación, hacia la mitad de dilatación del orificio uterino (10 centigramos cada quince minutos), observando cuidadosamente su efecto sobre la madre y el feto, despierta contracciones intermitentes, ó lo más remitentes compatibles con la vida y salud materna y fetal* (1).

3.° *Administrado al principio del período de dilatación (caso referido, que vi en consulta), he notado la contracción permanente ó tetanismo uterino, que de no haber empleado la terapéutica oportuna hubiera sido funestísima para la madre y para el feto* (2).

Cuando el Dr. Hardy afirma que administró el cornezuelo en 30 partos laboriosos, y sólo 10 niños nacieron vivos, yo, que seguramente lo usé más veces, y los niños han salido ó los extraje con el fórceps vivos, puedo afirmar también que Hardy no sabía manejar el cornezuelo.

Pajot y otros tocólogos eminentes, que proscriben en absoluto el

---

(1) Esta aseveración la fundo en varios casos observados de inercia en el período de dilatación, en los cuales juzgué contraindicada la dilatación digital por tratarse de embarazadas con infección blenorrágica ó sifilítica.

(2) Este es el único caso de tetanismo uterino, visto por mí, provocado por el cornezuelo, cuya dosis no recuerdo con exactitud, pero sí que excedió de un gramo.

Como ya manifiesto en una nota anterior, administrado prudentemente (á pequeñas dosis y con atenta observación de la contracción uterina y del latido fetal), aun en el período de dilatación puede ser empleado el cornezuelo sin temor de que provoque la contracción permanente de la matriz. Esta observación, resultado de recientes experiencias completamente inocuas para ambos seres, no la podía hacer al escribir el trabajo de revisión sobre el cornezuelo, por carecer de hechos clínicos confirmados ulteriormente.

Digitized by Google

cornezuelo en el parto, es indudablemente porque han visto sus efectos perniciosos, empleado de un modo intempestivo é imprudente.

No hay que olvidar que á la práctica obstétrica han estado consagradas siempre con mucha frecuencia personas incultas ó poco conocedoras de tan interesante especialidad.

Entre la proscripción de Hardy, Pajot, Pinard, etc., y la sabia y prudente administración aconsejada por Alonso Rubio, Olshausen, Bumm y otros tocólogos que han visto los efectos del cornezuelo empleados por profesores competentes en los casos en que está indicado y á dosis moderada, con la observación conveniente y dispuestos á terminar el parto con el fórceps si es necesario, entre aquéllos y éstos yo permaneceré al lado de los últimos, ó mejor dicho, al lado de Cazeaux, que es el autor en quien me inspiré durante muchos años, mientras que los autores últimamente citados no han hecho más que confirmarme más y más en mi actitud respecto al uso y abuso del cornezuelo de centeno en Obstetricia.

Sólo me resta manifestar que con el propósito de que este trabajo no resultara absolutamente estéril, he recurrido á reputados tocólogos compatriotas, y que en prueba de respeto y gratitud hacia sus autores me abstengo de comentar ó discutir sus ilustradas opiniones.

DOLORES GÁSTRICOS

PRIMERA PARTE

DIAGNÓSTICO ESPECIAL Y DIFERENCIAL

POR EL DR. D. R. L. Y YAGÜE

Profesor auxiliar del Dispensario de enfermedades del aparato digestivo en el Instituto Rubio; Jefe del mismo en la Policlínica Cervera (1).

Entre las manifestaciones sintomáticas comunes á muchas enfermedades, el dolor es de las más frecuentes.

La molestia y sufrimiento físico por que se constituye le prestan importancia culminante: buena prueba es que á él deben las enfermedades el nombre de dolencias; y lo corrobora la observación diaria, pues permite apreciar la frecuencia con que hasta su aparición pasan inadvertidos ó descuidados no pocos afectos morbosos, mientras que si adquiere relativa intensidad, impone desde el primer momento el tratamiento inmediato del que le suscita.

(1) Trabajo premiado por la Real Academia de Medicina de Madrid, con el título de corresponsal.

Digitized by Google

Su importancia clínica general se acrecienta aún particularmente en las gastropatías, por la frecuencia grande con que le ocasionan, su persistencia en aparecer, el grado extremo de intensidad que no pocas veces alcanza y las particularidades casi típicas que reviste en cada una.

El hecho común y notorio de que en tanto no aparece dolor de estómago es general creerse sano y no requerir observación ni tratamiento médicos, contribuye á hacer perceptible su valor clínico primordial. Le ofrecen casi todas las enfermedades gástricas, llamadas comunes por su frecuencia, como síntoma propio y constante, produciéndolos algunas tan vivos é intensos como los puede ocasionar la afección más penosamente dolorosa; y existe aun entre ellas en la patología gástrica una especie morbosa, la gastralgia, constituída solamente por el dolor, vestido para la nosografía con la partícula *algia*, añadida al nombre del órgano que lo sufre.

Le prestan mayor importancia la disparidad que en algunas afecciones presentan los datos de quimismo gástrico, y la necesidad, en otras, de su interpretación cuidadosa; razones por las que vuelve á atribuirse en clínica valor preponderante á los trastornos de motricidad y sensibilidad del estómago (Mathieu).

La causa inmediata ú origen íntimo del dolor gástrico es la alteración material ó el trastorno funcional de los nervios sensitivos del estómago.

Por el primer mecanismo, le ocasionan todos los afectos locales que directamente comprimen, demudan ó destruyen las neuronas periféricas, sensibles en cualquier punto de su trayecto; así le suscitan la congestión, tumefacción edematosa, infiltraciones é inflamaciones diversas, ulceración y neoplasias.

Por el segundo, le producen las diversas afecciones ó alteraciones del sistema nervioso en cualquiera de sus porciones, cerebral, medular ó ganglionar; las cuales, en virtud de la ley de la proyección excéntrica de las sensaciones, localizan el dolor exactamente en los territorios periféricos de las vías ó troncos nerviosos afectados.

Los dolores del primer grupo suelen conocerse con el nombre común de parenquimatosos, y los del segundo con el de neuralgias. Se los diferencia con poca facilidad en general, y muy difícilmente en las gastropatías; su distinción, falta de importancia clínica, debe efectuarse por las particularidades algo vagas de la localización, casi siempre difusa en los parenquimatosos, y más precisa en los neurálgicos; por la continuidad y menor intensidad general de los primeros, y las remisiones más completas, la periodicidad más acentuada y la mayor violencia que suelen tener los segundos, debidas á la manera funcional propia del sistema nervioso y á que la alteración á afecta mayor número de fibras.

Digitized by Google

La forma parenquimatosa es la más frecuente en los dolores gástricos; no pocas veces, sin embargo, se asocian ambas en proporciones diversas de determinación imposible.

Por su causa ocasional, los dolores de estómago se dividen en provocados y espontáneos. Los primeros sólo aparecen cuando se les suscita comprimiendo ó estimulando indirectamente el estómago; y aunque tienen relativo valor para el diagnóstico de algunas gastropatías, no pueden ni deben ser estudiados amplia é independientemente, por la infidelidad é inconstancia de su presentación, y sobre todo por su falta de personalidad patológica, puesto que no son síntoma propio y peculiar de ninguna afección gástrica, sino molestia prestada, y las más de las veces circunstancialmente sobreañadida por exploración física, efectuada con fines diagnósticos.

Los dolores espontáneos, por el contrario, interesan de modo primordial en la clínica, en especial cuando por su frecuencia ó constancia son comunes ó habituales á la afección, ó dan lugar á sufrimientos tan grandes, que imponen su alivio ó curación como primera indicación de todo tratamiento.

De ahí nace también que, por inconstancia ó escasa intensidad, no la tengan grande las múltiples, pequeñas y variadísimas sensaciones gástricas que se presentan en no pocos afectos del estómago, en los períodos digestivos sobre todo, y se expresan y conocen con los nombres comparativos de peso, plenitud, inflamiento y malestar; pues aunque las matizan con sus particularidades y las hacen penosas con sus molestias, no originan sufrimiento en grado suficiente á considerarlas como verdaderamente dolorosas, ni son susceptibles de modificar el tratamiento, exigiendo especialmente su curación y alivio.

El estudio particular de los dolores gástricos permite apreciar que ofrecen ciertas particularidades que se conocen con el nombre de caracteres por su constancia y generalidad. Pueden ser fundamentales y secundarios: son fundamentales aquellos sin los que no puede ó no suele existir; y secundarios, los menos comunes é inconstantes.

Los mismos para todas las enfermedades del estómago, varían, sin embargo, en cada una con tal constancia y relativa regularidad en los detalles, manera de agruparse ó momento de presentación, que la dan aspecto clínico particular y privativo; á tal punto y de manera tan precisa, que aun siendo uno solo el sufrimiento y los mismos los elementos por que se caracteriza, se puede decir con absoluta verdad, que no hay un único y solo dolor de estómago, sino tantos como gastropatías dolorosas, puesto que cada una le ofrece con tales particularidades, que constituye un tipo particular que no se advierte en las demás.

Digitized by Google

Esto explica el valor extraordinario que tienen de manera indudable los dolores de estómago para el diagnóstico especial y diferencial de las diversas gastropatías.

Los caracteres fundamentales son: la forma, momento de aparición, localización, intensidad, duración y difusión.

Para justipreciarlos con miras diagnósticas es necesaria la determinación exacta y el avaloramiento preciso de cada uno de ellos, de donde nace la necesidad de su examen sumario general.

Forma.—Los dolores gástricos pueden ser por su forma: continuos, si el sufrimiento comienza con la afección, la acompaña en todos sus momentos y acaba cuando ella concluye; é intermitentes, si sólo aparecen en una parte más ó menos larga de la misma. El de la perforación gástrica puede servir como ejemplo de continuo, puesto que cuando se presenta lo hace en el momento que aquélla tiene lugar, y no desaparece hasta la curación ó la muerte; y los de la hiperclorhidria, de tipo intermitente, por ser discontinuos, no aparecer en todas sus crisis ni acompañarlas del comienzo al fin; pues se preceden de otras molestias, y cesan por lo común antes de que aquéllas hayan terminado.

No siempre, sin embargo, puede determinarse de modo fácil y rápido si el dolor es continuo ó intermitente: tal sucede en las crisis gástricas; y las gastralgias, constituídas por paroxismos ó accesiones dolorosas de más ó menos duración, alternando con períodos de salud absoluta, en las que pudiera creérsele intermitente, cuando en realidad es la afección la que tiene este curso, en tanto que el dolor es continuo; pues aparece con la crisis, que no termina hasta que aquél no concluye.

Para poderlo determinar de manera precisa, basta recordar que el dolor es continuo cuando comienza, dura y acaba con la afección que le suscita, mientras que es intermitente si sólo existe durante una parte de ella.

Puede afirmarse como apreciación general que en las afecciones del estómago lo común es el sufrimiento intermitente, y lo menos frecuente la continuidad.

La gastralgia, la crisis y la perforación son las gastropatías que le presentan continuo; mientras que la hiperestesia, la úlcera simple, la hipersecreción, el cáncer, las estenosis pilóricas y la hiperclorhidria le ocasionan casi constantemente intermitente.

Momento.—El momento con relación á las comidas en que aparece el dolor es de importancia diagnóstica capitalísima. Tres son los tipos generales de presentación: antes de ellas, siguiéndolas tan de cerca que parece coincidir con las mismas, ó algún tiempo después de efectuadas, cuando la digestión gástrica alcanza su plenitud.

Digitized by Google

Es regla general que cada gastropatía presente su dolor siempre en el mismo momento alimenticio, y excepcional que le ocasione en dos distintos; las raras veces que así sucede es constante, sin embargo, que alcance su mayor intensidad en el momento doloroso más común á la afección y menor en el menos frecuente.

Los dolores en ayunas son extraordinariamente raros y tienen escasa significación diagnóstica por no presentarles con constancia ni aun frecuencia relativa ninguna gastropatía; la hipersecreción y la gastralgia suelen ser las que más comúnmente los originan; la última, casi siempre bajo la forma de calambre gástrico; pero lo hacen con tal irregularidad é inconstancia, que carece de significación patológica y valor diagnóstico estimable.

Los que coinciden con las comidas aparecen con constancia y regularidad momentos después de efectuar las comidas, guardando no pocas veces relación bastante directa su intensidad con la tosquedad y condiciones irritantes del alimento ingerido.

Por lo común tienen poca duración y se deben á la exaltación sensitiva de la mucosa gástrica, denominada hiperestesia; de aquí que se les conceda gran valor para su diagnóstico.

Mas ésta puede ser idiopática y primitiva, ó sintomática y secundaria á otra afección gástrica también dolorosa, como la úlcera, por ejemplo, en cuyo caso es verdaderamente difícil ó imposible discernir y determinar lo que á cada una corresponde del dolor total. Para efectuarlo se acepta como punto de mira general arbitrario considerar como dolores hiperestésicos los que, solos ó asociados, aparecen inmediatamente después de las comidas, y como extraños á ella aquellos que sólo comienzan cuando ha trascurrido algún tiempo. Este puede estimarse, como término de computación prudencial, en quince ó veinte minutos.

Los dolores gástricos más frecuentes, con mucho, de todos, son los que se presentan pasado algún tiempo de efectuarse las comidas, coincidiendo casi siempre en su mayor intensidad con la plenitud de la digestión gástrica. Por lo general aparecen de dos á cuatro horas de terminarlas, pocas veces antes, y muy frecuentemente después. Lo más común es que sólo se presenten después de la comida principal, que en nuestro país se efectúa, por lo general, de doce á una de la tarde; otras veces aparece también después de la cena; muy raramente sólo después de ella, y aún más excepcionalmente después del desayuno y las comidas cortas que se efectúan entre los mayores.

Al momento de presentación del dolor se le conoce con el nombre de tipo horario, y á los que aparecen después de las comidas con el de digestivo.

La hiperclorhidria, la hipersecreción y las estenosis pilóricas son

Digitized by Google

las gastropatías que ofrecen, casi constantemente, dolores de tipo horario digestivo. Y de aquí nace su mayor frecuencia, pues la hiperclorhidria por sí sola comprende en nuestro país más de las dos terceras partes de los enfermos de estómago.

Es verdaderamente excepcional que se presenten después del desayuno, sin aparecer antes, y al mismo tiempo detrás de las comidas principales; y lo general y casi constante, por el contrario, es que sólo lo hagan por agravación de la dolencia bastante tiempo después de venir sufriéndose detrás de las comidas.

Los dolores subsiguientes á la comida del medio día son los más frecuentes de todos. Lo general es que sus molestias comiencen de tres á seis de la tarde, dos ó cuatro horas después de terminada la comida; su duración común es de una á tres horas; por excepción no la alcanzan los casos ligeros, y con frecuencia la sobrepasan los más acentuados ó antiguos.

Los dolores que aparecen después de la cena son mucho menos frecuentes, pero muchísimo más comunes que los subsiguientes al desayuno. Por lo general no son únicos, sino que se presentan, las más de las veces, más ó menos tiempo después de venirse padeciendo detrás de las comidas. La hipersecreción es la única gastropatía en que la crisis dolorosa de la noche suele ser, con muy notoria regularidad, la más intensa de la jornada, al extremo que este signo constituye un buen dato para su diferenciación diagnóstica.

La hipoclorhidria, en cambio, es la afección que da lugar á dolores digestivos menos constantes y acentuados; sólo el cáncer es capaz de producirlos menores, por ser general que no los ocasione ó sean pequeñísimos si no radica en el cardias ó el píloro y suscita dificultades al libre curso alimenticio.

Localización.—El dolor gástrico tiene su localización en la región ó regiones en que el estómago está situado. Lo más común es que esté en la epigástrica, y de aquí que sea en la que más veces se sienta; no pocas veces circunscribiéndose á la porción comprendida á la derecha de la línea que va del apéndice xifoides al ombligo.

Es también muy frecuente que asiente en el hipocondrio izquierdo, en la parte izquierda del dorso ó en el vacío izquierdo, y aun en plena región umbilical por descenso del estómago.

El dolor puede ser, por su localización, difuso ó circunscrito: se dice que es difuso cuando comprende, de modo algo vago y sin límites precisos, una zona de alguna extensión; y circunscrito, cuando se limita, y casi siempre fija, de modo fácil de determinar, á una porción de pequeñas dimensiones.

El máximum de intensidad de los mayores dolores gástricos suele referirse casi siempre á un punto de escasa extensión, que el

Digitized by Google

enfermo señala con exactitud, situado algo á la derecha de la parte media de la línea que, atravesando el epigastrio, une el apéndice xifoides con el ombligo (Mathieu). Sitio que, según ha demostrado I. Ch. Roux, corresponde al plexo solar, y particularmente á los tractus nerviosos, á los pequeños y numerosos ganglios que pasan por delante de la aorta, y filetes nerviosos que siguen al tronco celíaco.

Generalmente la localización del dolor suele ser precisa, pero en ocasiones es muy vaga; y aun no es raro que sobre este punto el médico sea inducido á error por las indicaciones del enfermo (Fränkel); de este modo, dolores debidos á cólicos hepáticos ó nefríticos pueden ser tomados por su localización por crisis gástricas, é inversamente. Trousseau insistió mucho en decir que en la mitad de los casos de dolores llamados gástricos tienen su asiento en el intestino; y aunque haya exageración evidente en la afirmación, bueno es recordarla.

El dolor difuso es el más frecuente de todos; pero el circunscrito el más característico, por su gran relieve y menor variedad.

La hiperclorhidria, la hipersecreción y la hipoclorhidria son las gastropatías que casi constantemente dan lugar á dolor difuso, que se localiza con preferencia, ó de modo exclusivo, en el epigastrio; en tanto que el circunscrito no suele faltar, especialmente, en la perforación y la úlcera.

El máximum de intensidad dolorosa se limita algunas veces á porciones tan pequeñas, que se conocen, como en las neuralgias, con el nombre de puntos dolorosos. A su nivel el sufrimiento es espontáneo y provocable por la presión, que le suscita ó aumenta, en proporción á su energía, hasta hacerle intolerable. Su tamaño no suele exceder del de una moneda de dos pesetas, y por su frecuencia se admiten como principales: el epigástrico (Brinton), situado en esta región, casi siempre á la izquierda de la línea xifo-umbilical; y el dorsal (Cruveillier, Boas), localizado en los canales vertebrales, las más de las veces á la izquierda, y menos á la derecha de las últimas vértebras dorsales ó primeras lumbares.

Rara vez faltan uno ú otro en la úlcera simple, y con especialidad el epigástrico, por lo que se les concede valor relativo para su diagnóstico; y no le tienen capital porque no son exclusivos á ella, sino que, con más ó menos frecuencia, los presentan las crisis gástricas, la hipersecreción y aun ciertos hiperclorhídricos.

La perforación suele ser, de todas las enfermedades del estómago, la que da lugar á dolor más circunscrito. Aunque de asiento distinto en cada caso, es siempre tan limitado, que por ello, la instantaneidad de su aparición, su intensidad brutal desde el comienzo y la semejanza al que ocasiona un instrumento cortante al hundirse

Digitized by Google

en el vientre, ha sido denominado por Dieulafoy de puñalada per toneal. Complementan sus caracteres particulares en esta afecció el exacerbarla las ingestiones alimenticias, que parecen caer y de rramarse en el interior del abdomen.

Los dolores circunscritos más intensos se acompañan con fre cuencia de contractura muscular refleja de la pared anterior del al domen, limitada al sitio donde aquél se localiza, dando lugar á gra dureza parcial del vientre. Cuando es muy enérgica y extensa como suele suceder en la perforación, el abdomen puede estar tan duro uniformemente, que ha habido quien le ha dado el nombre d vientre de madera. Debe, sin embargo, tenerse presente, para n conceder á estos datos un valor absoluto, que hay casos bien con probados de perforaciones indoloras y con flacidez absoluta de l pared del vientre (Madinaveitia).

Circunscrito ó difuso, es regla general que el dolor gástrico s aumente por la presión, y aun como proporcionalmente á su energí consiguiendo no pocas veces suscitarle, cuando no existe esponta neamente. La gastralgia es á ello la excepción más frecuente y no toria, pues las presiones enérgicas y sostenidas suelen disminuirl

Es general que el dolor gástrico permanezca fijo en el sitio donc se inicia. Muy pocas veces cambia de lugar, siendo entonces comú que recorra la región epigástrica ó umbilical, de izquierda á der cha, con sensaciones raras, semejantes á las que produciría un an mal dentro del vientre andando en la misma dirección; completa la ilusión los movimientos ondulatorios de que se acompañan, bie perceptibles casi siempre, constituídos por elevaciones y depresion simultáneas y circunscritas de la pared abdominal, que siguen misma dirección; fenómenos conocidos con el nombre de ondulaci nes epigástricas, desde Kusmaul. Como la estenosis pilórica es única afección que las presenta en sus primeros períodos duran bastante tiempo, de aquí la gran importancia que tienen para s diagnóstico.

Algunas veces el dolor de estómago no es epigástrico, sino que s localiza y circunscribe á regiones vecinas, como el hipocondrio i quierdo, la subescapular del mismo lado y la torácica anterior, e particular al nivel de los cartílagos costales izquierdos cuarto quinto. Cuando la localización es bien precisa y constante á la afe ción, se la concede gran significación diagnóstica, y si coincide co los demás síntomas de la úlcera se cree que permite inducir s asiento con grandes probabilidades de acierto, siendo base pa afirmar que es del fondo mayor cuando se localiza en el hipocondr izquierdo; de la curvadura menor, si lo hace en la espalda; y d cardias, si coincide con el último tiempo de la ingestión de los a mentos y asienta al nivel de los cartílagos costales mencionados.

Digitized by Google

Intensidad.—La intensidad del dolor es distinta en cada caso, y varía desde la pequeñísima y mínima de algunas hipoclorhidrias hasta la grandísima común á la perforación, las crisis gástricas y ciertas úlceras capaces de ocasionarlos tan agudos é intensos «que parecen sobrepasar el límite de lo que humanamente se puede sufrir».

Lo general es, sin embargo, que no alcancen estas intensidades extremas.

Los más comunes por su frecuencia, debidos casi siempre á la hiperclorhidria, son los de mediana intensidad. Algunas veces, sobre todo cuando los dolores son de tipo digestivo, su intensidad guarda relación con la forma física y las propiedades de los alimentos ingeridos, siendo mayores con los susceptibles de estimular ó irritar la mucosa gástrica por su composición ó consistencia. Tal sucede con las bebidas alcohólicas y los alimentos duros, toscos ó groseramente masticados, y menores con los alimentos llamados suaves. Los dolores de la úlcera y los de la hiperclorhidria pueden servir de ejemplo, puesto que casi siempre son más intensos cuando se ingieren alimentos sólidos ó irritantes, y menores si son blandos y de composición albuminoidea.

Ya hemos expuesto cómo la ingestión alimenticia puede aumentar y modificar de modo especial los dolores de la perforación.

Los dolores gástricos se han dividido, por la intensidad del sufrimiento á que dan lugar, en pequeños, medianos, grandes é intensísimos. Los ocasionan casi siempre pequeños la hipoclorhidria, el cáncer y las estenosis del cardias y píloro; suele producirlos de mediana intensidad las más de las veces la hiperclorhidria; originarlos grandes la úlcera, la hipersecreción y la hiperestesia de la mucosa, y dar lugar á los intensísimos ciertas úlceras y, con más constancia, las crisis gástricas y la perforación; pudiendo afirmarse de modo general que, fuera de los de la perforación dolorosa, los de las crisis suelen ser los más violentos de todos.

La intensidad del sufrimiento no guarda relación directa y constante con la afección que le ocasiona, sino principalmente y de modo especial con las condiciones orgánicas del sujeto que la padece y, sobre todo, con su modo de ser neuropático, teniendo con él tan estrechísima relación que siempre son tanto más intensos cuanto ésta es más pronunciada, con independencia relativa de la gastropatía que los produce.

Son numerosas las expresiones comparativas de que los enfermos suelen valerse para dar á conocer el sufrimiento que les ocasionan los dolores gástricos, llamándole quemante, roedor, lancinante, de perforación, ó comparándole al que les produciría un puñal ó hierro rojo atravesando sus carnes, ó la cauterización activa de una herida. Las más comunes son, sin embargo, las sensa-

Digitized by Google

ciones de calor ó ardor gástrico. Por excepción, la molestia es de gran constricción epigástrica y análoga á la que se experimentaría estando metido en un tonel; tal forma dolorosa suele presentarse únicamente en las crisis de origen tabético.

A veces los dolores gástricos dan lugar á trastornos en otros sistemas ó aparatos orgánicos, alteraciones que se conocen con el nombre de reflejas.

Guardan casi siempre gran relación con la intensidad del dolor siendo general que no los susciten los de pequeña ó mediana intensidad, y que sean tanto más manifiestos cuanto mayor sea su violencia.

Los más frecuentes son lamentos, palidez y alteración de los rasgos del semblante, concentración y retardo general del pulso, y menos veces su aceleración y frecuencia, alteración del ritmo respiratorio y estreñimiento por inhibición intestinal.

Como más raros, se presentan en los de intensidad extrema perturbaciones nerviosas que varían desde la simple depresión hasta el colapso acentuado con ó sin influencia sobre el corazón y aspecto general de gravedad extrema.

La disnea nocturna ó digestiva (Henoch, Boas), la astenia cardíaca (Potain) y la asistolia, debidas á excitación secundaria del pneumogástrico, son verdaderamente excepcionales.

Sólo es posible juzgar de la intensidad del dolor por los lamentos y referencias de quien le sufre, no exentas de engaño, y por la existencia y gradación de las alteraciones reflejas, no pocas veces equívocas. De aquí que para sustraerse á estas causas de error y apreciarle de manera más exacta se haya tratado de objetivarle y medirle por medios mecánicos, y, sobre todo, por la cantidad de presión que es necesario ejecutar para provocarle sobre los tegumentos de la región donde se localiza.

Lo común para ello es valerse del algesímetro de Boas, ateniéndose como bases á las nociones fundamentales siguientes (Boas): la sensibilidad á la presión del estómago normal se inicia desde los 5 hasta los 10 kilos; los enfermos de úlcera son los que la tienen más manifiesta, oscilando entre 0,5 y 3 kilos, con tal constancia, que casi no puede pensarse en ella si pasa de esta cifra la tolerancia; lo que puede sufrirse en la porción cancerosa del estómago viene á ser, término medio, de 2 á 4 kilos; la sensibilidad dolorosa alcanza su grado mínimo en la gastritis crónica y dispepsia nerviosa, en las que, por lo general, no existe anomalía ó desciende poco por debajo de 4 á 5 kilos; y, por último, que en tanto que normalmente pasa siempre de 10 kilos la presión que se tolera en la zona dorsal de los puntos dolorosos, en los casos de úlcera gástrica, neurosis y colecistitis se manifiesta á veces con sólo 3 kilos.

Digitized by Google

El valor diagnóstico de la algesimetría es muy limitado, sin embargo, por depender la intensidad dolorosa, ante todo, de la condición neuropática del enfermo, y no de la dolencia que le ocasiona; por la necesidad de fundar el diagnóstico sólo en alteraciones groseras; la carencia de datos fisiológicos normales que sirvan de base; estar bien comprobado que la sensación dolorosa depende en mucho de la extensión de la superficie compresora y la velocidad con que se efectúa la presión, y porque es siempre necesario para conceder algún valor á sus datos la previa averiguación de la sensibilidad cutánea, que evita tomar como dolores gástricos los debidos á hiperestesia de la piel.

Duración.—La duración del dolor gástrico es, por lo general, muy variable.

Por ser los hiperclorhídricos los más frecuentes, puede decirse que la duración de los más comunes oscila entre una y cuatro horas.

Los hay como límite, sin embargo, verdaderamente fugaces por su cortedad, é indefinidos por la mucha extensión que alcanzan.

Los más cortos son, por lo común, los de la hipoclorhidria, algunas hiperclorhidrias, las estenosis y el cáncer; suelen tener duración media los de casi todas las hiperclorhidrias, la gastralgia y la hiperestesia, y alcanzan la mayor los de la úlcera, hipersecreción, perforación y crisis gástrica, los de las dos últimas sobre todo, pues suelen persistir varios días sin interrupción. La extrema duración la alcanzan los de las crisis gástricas debidas á desplazamiento de las vísceras abdominales, pues suelen durar semanas y hasta meses, aunque por fortuna sin la intensidad de los tabéticos. Puede afirmarse como regla general, con muy pocas excepciones, que casi todos los dolores gástricos crónicos tienen tendencia á progresar desde que se establecen, é ir aumentando paulatinamente de duración conforme se hacen más antiguos.

Difusión.—De todos los caracteres del dolor gástrico, la difusión ó propagación á las regiones inmediatas es el de menos valor diagnóstico por su infrecuencia y, sobre todo, por su variedad é inconstancia.

Puede ser espontánea y provocada: la primera es relativamente rara; no tiene nada, por lo común, de característica, y se efectúa en particular á las regiones del vientre y tórax vecinas al epigastrio; la segunda se obtiene exacerbando el dolor por la presión, es más frecuente que la espontánea, pero extremadamente variable; casi siempre es más precisa cuando se efectúa la compresión al nivel de los puntos dolorosos. En la úlcera, la presión da lugar, por lo común, á dolores de transfixión que atraviesan el cuerpo como una flecha de delante atrás, al nivel del epigastrio.

Digitized by Google

Nunca se observa la difusión de los dolores gástricos á los miembros inferiores.

En general, sólo se difunden los dolores intensos, y la propagación es tanto mayor y frecuente cuanto son más acentuados.

Los diversos caracteres del dolor, como se ve, son muy estimables para el diagnóstico de la afección que le suscita; no todos tienen, sin embargo, idéntico valor: en unos, como la localización, es primordial por radicar casi invariablemente donde el estómago está situado; y en otros, es secundario, como en la difusión, por la vaguedad é inconstancia con que se presentan.

Pero es necesario no olvidar que su valor general diagnóstico es mucho mayor del que corresponde aisladamente á cada uno de sus caracteres, pues se forma por la suma de todos ellos, más el de las particularidades y la manera especial de agruparse en cada afección, tan característica y peculiar casi siempre, que aun constando todos los dolores de los mismos elementos y siendo el sufrimiento único, puede afirmarse sin ninguna exageración que existen tantos tipos distintos como hay gastropatías dolorosas.

Si recogiendo ahora las enseñanzas de la clínica tratamos de clasificar con fines diagnósticos las afecciones gástricas que suscitan dolor, tomando como base principal sus caracteres fundamentales y como mira el poder determinar con seguridad y rapidez la enfermedad que le ocasiona, vemos que no es conveniente, aunque sea posible efectuarlo, valiéndose de uno solo de los caracteres, pues su inestabilidad é inconstancia conduciría casi inevitablemente á afirmaciones arriesgadas y confusiones lastimosas.

Para poderlo llevar á cabo con relativa posibilidad de acierto, es preciso utilizar la asociación de los más salientes y constantes y particularidades sintomáticas generales ó privativas de alguna afección. Con ello se llega á lograr resultados verdaderamente sorprendentes, por la facilidad, constancia y rapidez extraordinaria con que permiten llegar á diagnóstico cierto, rara vez capaz de ser modificado por la exploración física, la observación más atenta ni el estudio detallado de los demás particulares sintomáticos.

En efecto, las enfermedades dolorosas del estómago se pueden dividir clínicamente en dos grandes grupos: uno constituído por las que dan lugar á dolor continuo sin momento fijo de presentación, y otro formado por las que le ocasionan intermitente, con regularidad notoria en las horas de aparecer.

Al primero corresponden la gastralgia, las crisis gástricas y la perforación. De ellas, sólo la gastralgia está constituída por el dolor, como única manifestación morbosa, en tanto que en las crisis y la perforación se asocia constantemente á otros síntomas gástricos

Digitized by Google

bien ostensibles; sencillo contraste, por el que se las puede diferenciar rápida y seguramente dentro del grupo.

De las comprendidas en el segundo, de dolor intermitente con tipo horario fijo, una, la hiperestesia, le presenta coincidiendo con las comidas; otra, la úlcera simple, le ocasiona casi inmediatamente de concluirlas; y más ó menos tardíamente después de ellas, la hiperclorhidria, la hipersecreción, la estenosis pilórica, el cáncer y la hipoclorhidria. La sencillez del dato y de su comprobación hace fácil las más de las veces su exacta separación.

Clasificar es reunir por las semejanzas y separar por las diferencias; y si el fin de toda clasificación es ordenar los conocimientos para su más fácil adquisición, empleo y retención de su utilidad, puede juzgarse por la posibilidad y facilidad con que permite conseguirlo.

Y con el empleo de la anterior nos ha parecido que se logran á la cabecera del enfermo resultados muy estimables, pues permite llegar á la determinación rápida y precisa de la gastropatía causal dentro de las seguridades que son dables á la clínica. No es ni pretende ser una clasificación perfecta; se opone á ello, en primer término, la gran variedad sintomática común á todas las enfermedades del estómago; de ahí ser fácilmente apreciable que casi ninguna podría ocupar el sitio que se la asigna, si se las examina en sus cuadros morbosos menos frecuentes.

Bastaría recordar, si hicieran falta ejemplos, la frecuencia con que la úlcera y el cáncer dan lugar á dolores muy constantes ó con tendencia á la continuidad; lo general que es el dolor en la úlcera inmediatamente después de las comidas; la posibilidad y constancia con que los sufrimientos son en los hipersecretores antiguos relativamente continuos; las modificaciones múltiples que imprimen á los cuadros clínicos; la asociación en un enfermo de varias afecciones dolorosas, casi constantes unas veces, como la úlcera, la hiperclorhidria y la hiperestesia, y otras menos comunes, como la de la úlcera al cáncer y la gastralgia á la hiperestesia.

La agrupación de las dolencias está basada, sin embargo, en lo que la práctica diaria muestra como más general, y aun no pocas veces como constante.

Y su fin es hacer útiles á todos, con beneficio de los enfermos, los conocimientos gastropáticos que concede el ejercicio de la especialidad.

Expuestas estas nociones preliminares, y resumida la clasificación en el adjunto cuadro, procedamos ahora á hacer en particular el diagnóstico especial y diferencial de cada una de las gastropatías dolorosas, siguiendo el orden indicado en ella.

Digitized by Google

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS GASTROPATÍAS DOLOROSAS

- *Con dolores gástricos.*
  - Continuos y sin tipo horario.....
    - Sin más síntomas que el dolor..... — Gastralgia.
    - Con otros síntomas gástricos.
      - Crisis gástricas.
      - Perforación.
  - Intermitentes y con tipo horario.....
    - Que coinciden con las comidas..... — Hiperestesia.
    - Que aparecen después de las comidas.....
      - Inmediatamente.... — Úlcera simple.
      - Tardíamente
        - Hiperclorhidria.
        - Hipersecreción.
        - Estenosis pilórica.
        - Cáncer.
        - Hipoclorhidria.

GASTRALGIA

Se conoce con el nombre de gastralgia la neuralgia de la porción del vago, según los más, y del gran simpático, para los menos, que inerva el estómago.

Más que especie patológica precisa y perfectamente delimitada es grupo no bien estudiado y muy socorrido en clínica, formado por diversos afectos que la gastropatología va poco á poco diferenciando por estudio más acabado de las alteraciones materiales y secretorias del ventrículo gástrico. De aquí que al examen clínico menos severo no sea muy admisible su personalidad patológica, tal como hoy está constituída, pudiendo afirmarse, sin temor á grave equivocación, que ha de ser cercenada no poco y quedar restringida notablemente por la más exacta inclusión en otras especies morbosas, conocidas ó que se constituyan, de muchos de los que hoy se consideran como gastrálgicos.

En tanto que tal sucede, es forzoso, sin embargo, estudiarla para su diferenciación diagnóstica tal como se conoce.

Las particularidades por que se caracteriza principalmente su dolor son: la forma paroxística; la irregularidad de presentación; la independencia y falta absoluta de relación con las comidas, á que antecede, acompaña ó sigue á diversas distancias; el comienzo casi siempre brusco; su duración varia é individual; la frecuencia con que se precede de prodromos; y como muy características la absoluta constancia con que constituye el único síntoma de la dolencia y

Digitized by Google

la completa salud gástrica de que se antecede y sigue, por intenso que sea el dolor.

Patrimonio casi exclusivo de la juventud, la mujer la padece con más frecuencia que el hombre, sobre todo en la época de aparición de las reglas, suscitada no pocas veces por causas emocionales.

Rara vez se inicia su dolor con la intensidad que ha de alcanzar, pues por lo común es pequeño al principio y va aumentando rápida y como gradualmente hasta hacerse intensísimo é intolerable.

Las sensaciones que ocasiona son muy varias y las comparan los más de los enfermos á las que les produciría el desgarro del estómago, su perforación, pinchazo ó quemadura, y las menos á contracción enérgica y angustiosa, por espasmo ó calambre.

La gran intensidad del sufrimiento les obliga casi siempre á quejarse durante su crisis y á procurar aliviarla, ante todo, por la permanencia en el lecho, inmóviles y encogidos, hundiendo enérgicamente su puños en el epigastrio.

Secundariamente, la respiración se hace contenida y superficial, el rostro se cubre de sudor viscoso, se enfrían los pies, se retrae el epigastrio, y es perceptible el latido de la aorta abdominal, y el pulso contraído y lento casi siempre, y por excepción frecuente y pequeño.

Algunas veces se acompañan estas sensaciones de espasmo esofágico, vómitos ó estranguria.

El acceso termina por decrecimiento gradual de los síntomas en poco tiempo, sucediéndoles sueño profundo y reparador, imperiosa necesidad de emitir gran cantidad de orina, clara y transparente, denominada espástica, ó muy transitorio decaimiento y laxitud general si sus paroxismos no son frecuentes.

Contrasta notablemente con los grandes sufrimientos del acceso el buen apetito que queda tras ellos, no pocas veces tan imperioso que se ven obligados á satisfacerle inmediatamente.

La duración del dolor es variable y personal; por lo general oscila entre algunos minutos y varias horas; lo común es que haya un solo acceso en la jornada, menos veces dos, y que se sucedan en periodos de varios días consecutivos; en menos ocasiones se presenta uno solo con intervalo de varios en que no le hay. La forma subintrante de paroxismos, tan frecuentes qué se alcancen unos á otros, es extraordinariamente excepcional.

El dolor se localiza en el epigastrio, las más de las veces en forma difusa á todo él; las presiones ligeras le exacerban, y las grandes le calman cuando se ejercen circunscritas; no siempre se difunde, pero en los casos de mayor violencia lo hace hacia atrás, á los lados, al resto del abdomen, y con especialidad á su porción supraumbilical; otras lo efectúa á la parte inferior del tórax, y menos hacia los brazos y cabeza.

Digitized by Google

No son comunes los puntos dolorosos, pero pueden presentarse durante el paroxismo sobre todo el epigástrico, y más excepcionalmente el dorsal; cuando los hay, siempre desaparecen en cuanto el acceso termina.

Con frecuencia es hiperestésica la piel de la región epigástrica y bastante común que el acceso aparezca sin prodromos; en algunas ocasiones le anteceden, sin embargo, tensión epigástrica, náuseas ó salivación abundante. Cuando el dolor alcanza intensidad en las cloróticas é histéricas, suele acompañarse de apetito exagerado ó pervertido y sed viva; trastornos que subsisten, por lo común, en el intervalo de los paroxismos.

Diferenciación de sus formas.—En clínica no es admisible, en puridad, como especie morbosa más que la gastralgia idiopática pues por relieve que adquiera su dolor en la secundaria, no es más que un síntoma del proceso que la origina; y destacarla del conjunto morboso por la gran intensidad, sirve sólo para crear ó aumentar confusiones perjudiciales con fraccionamientos imposibles.

La separación puede ser conservada por excepción si la gastralgia es continua ó accidentalmente la única ó más ostensible manifestación sintomática de la afección causal; tal sucede en ciertas gastralgias originadas por enfermedades del sistema nervioso, como la histeria y neurastenia, en algunas de las dependientes de alteraciones constitucionales, y muy contadas de las denominadas reflejas.

Histérica.—La gastralgia histérica suele caracterizarse particularmente por el terreno joven y femenino en que se desenvuelve casi siempre; por acompañarse, ir antecedida ó sucederse de alteraciones del apetito, ya aumentado hasta la bulimia, ya pervertido en las modalidades denominadas pica y malacia; presentar vómitos ó anorexias nerviosos; revestir con frecuencia la forma de calambre, y comprobarse otros síntomas del histerismo, fáciles de investigar los más, como las anestesias ó hiperestesias cutáneas en zona de amputación, puntos histerógenos, parálisis diversas, estrechamiento del campo visual, convulsiones de distintos grados, etc., que forman como estigmas en el nutrido cortejo sintomático de la dolencia.

Neurasténica.—La gastralgia en los neurasténicos suele presentarse, sobre todo, en las formas en que predominan los fenómenos de excitación, y ser muy rara en las que se caracterizan por depresión.

Son sus rasgos particulares la mayor frecuencia y duración de los accesos, que pierden en intensidad todo lo que ganan en duración, y acompañarse casi siempre de síntomas de dispepsia neuromotriz y constantemente de los propios de la neurastenia.

De aquí que los que la padecen suelan acusar sensaciones de peso ó plenitud digestiva, náuseas, y las múltiples, variables y an

Digitized by Google

gustiosas molestias reflejas de la miastenia gástrica; y se puedan comprobar cefalea en forma de placa ó casco, insomnio, vértigos, pérdida parcial de la memoria, debilitación de la voluntad y la relativa impotencia psíquica en los neurasténicos cerebrales ó cerebrasténicos; y la raquialgia, la astenia muscular acentuada con dificultades á la marcha y bipedestación, el temblor de las manos y la impotencia ó debilitación genital, con ó sin espermatorrea, en los medulares ó mielasténicos.

Es raro, además, que la gastralgia sea la única alteración que exista del aparato digestivo; pues las más de las veces coincide ó alterna con otros relativamente comunes, como la sialorrea, las alteraciones de la secreción gástrica, el estreñimiento espasmódico con deposiciones caprinas, y la diarrea nerviosa.

Anémica.—Es la forma que se toma comúnmente de tipo para la descripción clásica del acceso gastrálgico; recordar sus caracteres es tener presente los que la son peculiares.

Para diferenciarla conviene, además, no olvidar que es la forma en la que el dolor llega con más frecuencia á las mayores intensidades, siendo casi exclusiva de las jóvenes en la época del desarrollo.

La palidez de la piel y mucosas, ó su coloración blanco-verdosa parecida á la cera, la languidez general, depresión y debilidad del pulso, las palpitaciones, dismenorreas frecuentes, menstruos decolorados, leucorreas, soplos nosohémicos, edemas podálicos y alteraciones hemáticas permiten filiar su carácter secundario por el diagnóstico de la anemia ó clorosis causales.

Saturnina.—Es extraordinariamente rara; por lo común es el cólico de plomo, de principio brusco ó lento y dolores abdominales intensos y continuos, el que suele ser tomado por ella.

Se caracteriza por la localización del dolor, exclusivamente epigástrica; su violencia y continuidad, y coincidir con retracción del vientre, hundido en forma de barco ó teja; constipación tenaz; línea azulada de Burton en el borde alveolar de las encías; manchas pizarrosas en la cara interna de los carrillos (tatuaje de Gubler) con aspecto de la boca semejante al de ciertos perros; aliento fétido; temblor; parálisis diversas, y en especial la de los antebrazos, circunscrita á los extensores; disuria y la referencia de la profesión, y cólicos saturninos anteriores, de verdadero valor diagnóstico.

Tóxica.—La gastralgia debida al morfinismo, la intoxicación crónica por el tabaco, el hidrargirismo y el cocaísmo no tienen caracteres especiales.

Las más de las veces se toman por ella dolores debidos á trastornos del quimismo gástrico.

Cuando así no sucede sólo pueden ser diagnosticadas por la existencia, anterior ó coincidente, de los síntomas propios de cada una

Digitized by Google

de estas intoxicaciones: la falta de alteraciones de la secreción probada por análisis, y la relación cronopática, pues la gastrálgica es siempre posterior á los fenómenos tóxicos confirmados.

Gotosa.—La gastralgia gotosa es verdaderamente excepcional y llamada á desaparecer como neuralgia, pues se halla ligada á trastornos secretorios del estómago, sin los que no se presenta.

Se la asignan como particularidades: empezar, casi siempre, en forma de calambre penoso con sensación de angustia y opresión epigástricas, seguido de náuseas, hipo, pirosis, abultamiento pronunciado del estómago y últimamente vómitos; y ser susceptible su dolor, en algunos casos más acentuados, de dar lugar á fenómenos de colapso.

La relación diagnóstica puede establecerse por la existencia anterior de los signos prodrómicos de la gota: jaqueca, cefaleas, asma, eczemas, prurito anal, hemorroides, astricción y litiasis renal ó hepática; ó los confirmados: ataques característicos de dolor é inflamación articular brusca.

Palúdica.—El carácter privativo de la gastralgia palúdica es presentar su dolor siempre á las mismas horas, con intermitencias iguales, precisas y regulares, que recuerdan los distintos tipos conocidos de paludismo, y falta en las demás formas.

Es necesario, sin embargo, desconfiar mucho de la regularidad intermitente de los dolores y darla valor diagnóstico muy limitado, pues tienden á ella muchos de sus afectos por manera especial de funcionar el sistema nervioso; de aquí que no se pueda considerar debidas al paludismo más gastralgias que aquellas en que, además del tipo, no se comprueba alteración del quimismo, y se hallan en la sangre los hematozoarios.

Reflejas.—Las gastralgias reflejas no ofrecen en sus accesos y manera de presentación carácter alguno particular que permita diferenciarlas de las demás formas; sólo se puede lograr por la comprobación del afecto causal, coincidiendo con dolor gastrálgico sin alteración del quimismo gástrico probado por análisis.

Entonces el hallazgo de huevos ó anillos de tenia en las heces fecales servirá para diagnosticar las que se consideran debidas á los helmintos intestinales; y la existencia de metritis, inflamación de las trompas ú ovarios, y sobre todo de parametritis posteriores, por ser las que suscitan más frecuentemente, según se dice, las secundarias á enfermedades del aparato genital femenino.

Diferenciación con los demás procesos.—La gastralgia se puede confundir, por su aspecto clínico, con la epigastralgia, la cardialgia miopática, la neuralgia intercostal, la hiperestesia gástrica, la úlcera simple, la hiperclorhidria, la hipersecreción, el cólico hepático, la indigestión, el cólico intestinal, el de plomo, el nefrítico y la uremia gástrica.

Digitized by Google

Con la epigastralgia.—Por ser la epigastralgia la neuralgia de la piel de la región epigástrica, puede ser confundida con la gastralgia, aunque no presenta en el dolor su intensidad, su carácter paroxístico, ni limitación tan precisa y circunscrita; de aquí que estos datos sirvan para hacer fácilmente su diferenciación rápida.

Las pocas veces que esta sumaria comparación no bastase para ello, se conseguiría distinguirlas por la averiguación de la manera como el dolor se comporta con las presiones y el examen de la sensibilidad de la piel. En efecto: las presiones ligeras aumentan el dolor de la gastralgia y las grandes no le exacerban y suelen disminuirlo; en tanto que en la epigastralgia le suscitan unas y otros, tanto mayor, invariablemente, cuanto son más vigorosas. En la gastralgia por la exploración estesiométrica, de otra parte, puede verse que es normal siempre la sensibilidad de la piel de la región epigástrica, mientras que en la epigastralgia se halla grandemente exagerada; de ahí que sea mucho más dolorosa al simple pellizcamiento que en cualquiera otra región del abdomen. Tan peculiares son estos caracteres, que cuando se comprueban en la gastralgia puede afirmarse existe epigastralgia secundaria.

Con la cardialgia miopática.—Los neurópatas, y sobre todo las histéricas, padecen algunas veces una forma particular de mialgia, circunscrita á parte de los músculos de la pared anterior del abdomen, que desde Rosembach se conoce con el nombre de cardialgia; de ahí que pueda ser confundida con la gastralgia por la localización de los dolores que ocasiona.

Pero echados los cardiálgicos en decúbito supino, se comprueba la contractura de los músculos rectos, constantemente tensos y duros en sus vientres superiores, mientras que están blandos y relajables en los gastrálgicos.

El dolor de la cardialgia tiene además como caracteres: circunscribirse parcialmente al epigastrio ó hipocondrio izquierdo, siguiendo con exactitud los límites de un grupo determinado de músculos, desde los que se difunde algunas veces á las masas del dorso y lomos; ser continuo, pero susceptible de desaparecer con facilidad por relajación obligada de los músculos afectos, ya por amasamiento, ya por la adopción del decúbito supino, con flexión de piernas y elevación de hombros y tronco, y capaz siempre de reaparecer ó exacerbarse por los movimientos del tronco, y raras veces durante los periodos digestivos; hechos que no acaecen en los gastrálgicos.

No es infrecuente, por otra parte, que la piel que cubre los músculos contracturados esté afectada de anestesia ó hiperestesia, y aun que su excitación dé lugar á convulsiones por ser zona histerógena. Las raras veces que así sucede en las gastrálgicas histéricas, no

Digitized by Google

puede ser motivo de confusión, porque faltan los demás síntomas anteriormente enumerados y existen los del histerismo.

Con la neuralgia intercostal.—La neuralgia intercostal no se confunde fácilmente con la gastralgia; pues mientras que en ésta el dolor tiene localización epigástrica, tipo intermitente, carácter paroxístico, curso irregular, independencia de los movimientos y mejora por las grandes presiones, en la neuralgia intercostal, sea local ó refleja, es siempre unilateral y las más de las veces izquierda y de los ramos medios, sobre todo del quinto; continuo, espontáneo provocable por los movimientos, las presiones y aun el simple roce y aliviable ó susceptible de desaparecer por la inmovilidad.

En la gastralgia son además excepcionales los puntos dolorosos en particular el dorsal; en tanto que en la neuralgia intercostal existen, casi siempre, bien comprobables: el esternal, en la parte media, por encima de los cartílagos condroesternales del sitio donde radica el dolor; el medio, al nivel de la línea axilar, sobre la costilla correspondiente; y el vertebral, cerca de la apófisis espinosa más cercana á la emergencia medular del nervio enfermo.

Las irradiaciones del dolor podrían servir, si fueran necesarias para completar la diferenciación, puesto que en la gastralgia tienen lugar, casi siempre, directamente hacia atrás ó al abdomen, mientras que en la neuralgia se difunde á la espalda, mano ó región lumbar.

Con la hiperestesia gástrica.—La falta de relación del dolor gastrálgico con las comidas permite distinguirle rápida y exactamente de la hiperestesia gástrica ó exceso de sensibilidad de la mucosa del estómago, que sólo le presenta de modo preciso, constante y regular inmediatamente después de ellas, cesa algún tiempo después y no vuelve á aparecer hasta la siguiente, y siempre con intensidad muy inferior al gastrálgico.

Con la úlcera simple.—El asiento epigástrico del dolor de la úlcera simple, su carácter paroxístico y su intensidad, pueden hacerle confundir con la gastralgia.

Pero la determinación exacta de la localización, el estudio de sus caracteres y los demás síntomas de que se acompañan, permiten diferenciarlas con facilidad.

Mientras que en la gastralgia, por lo común, es difuso en todo el epigastrio, en la úlcera casi siempre suele ser circunscrito á parte de él bastante limitada, donde las presiones ligeras le suscitan y las grandes le hacen intolerable, en tanto que son capaces de calmar por el contrario, el de la gastralgia.

En ambas afecciones es paroxístico, pero sus crisis difieren de manera notoria, pues en la úlcera los accesos guardan estrecha relación con las comidas, apareciendo con regularidad casi perfecta

Digitized by Google

poco tiempo después de concluirlas, con intensidad general proporcionada á la tosquedad del alimento ingerido, mientras que en la gastralgia no tienen ninguna, y aparecen con irregularidad horaria y sin momento fijo.

Se diferencian bien, además, por los fenómenos subsiguientes á las crisis dolorosas, ya que en la gastralgia el dolor constituye toda la sintomatología, y en cuanto cesa recobra el estómago su funcionamiento fisiológico, reaparece el apetito excelente ó voraz, y siguen con normalidad absoluta las digestiones hasta el acceso siguiente; mientras que en la úlcera continúa casi siempre el dolor, y no reaparece la salud gástrica por subsistir otros trastornos bien apreciables, ardores y vómitos como más frecuentes, y hematemesis como más rara.

Con la hiperclorhidria. — Se puede distinguir la hiperclorhidria de la gastralgia, porque su dolor no es paroxístico; se presenta con regularidad de una á tres horas después de las comidas, sobre todo de la del medio día; y se acompaña, las más de las veces, de ardor gástrico, agrios, pirosis, y menos de vómitos acuosos ó ácidos que le alivian ó calman, consiguiéndose el mismo resultado rápidamente con la administración de alcalinos á dosis masivas, y á veces por la simple ingestión de albuminoídeos blandos, como la leche.

Con la hipersecreción. — La hipersecreción tiene también dolor de tipo digestivo, y su crisis más intensa aparece con regularidad muy precisa al centro de la noche, no soliendo cesar hasta que se presenta vómito copiosísimo. Sencillos datos fundamentales que, aparte de otros caracteres secundarios, hacen muy difícil su confusión con la gastralgia.

Con el cólico hepático.—El carácter accesional del dolor del cólico hepático, su intensidad y localización, puede hacerle confundir con la gastralgia. El error no puede ser duradero, pues se la diferencia fácilmente durante las crisis dolorosas, por el momento de aparición, asiento y duración del dolor, y los demás síntomas concomitantes; y después de ellas, por el diferente estado de salud consecutiva.

En efecto: el dolor en el cólico hepático aparece casi siempre con grandes intervalos, dos ó tres horas después de una de las comidas principales de un solo día, coincidiendo con la llegada de los alimentos al intestino; suele empezar de modo gradual, y rara vez bruscamente, y acompañarse de malestar general y vómitos, primero alimenticios y luego biliosos.

Su asiento es muy circunscrito, pues se localiza en la parte más derecha y superior de la región epigástrica, y, sobre todo, en la más interna del hipocondrio derecho, que corresponde por debajo del décimo cartílago costal, sitio denominado región de la vesícula biliar,

Digitized by Google

y donde se la aprecia por el tacto no pocas veces durante el acceso, bajo la forma de una tumoración intra-abdominal, pequeña, de superficie lisa y contorno hemisférico, y muy dolorosa á la presión. La duración del sufrimiento es también muy distinta en ambos afectos, ya que en el cólico hepático alcanza cuando menos á varias horas, y no pocas veces á días, y es muy efímera en la gastralgia.

Además, difieren en la salud subsiguiente á los accesos, pues á los de la gastralgia les sucede completa, y sigue á los del cólico casi siempre síndrome ictérico, bien caracterizable por orinas acafetadas, ictericia y decoloración de las heces fecales, con las que algunas veces se expulsan cálculos, que se encuentran tamizándolas después de diluídas.

Con la indigestión.—Las circunstancias de ser la indigestión un hecho patológico insólito y no de repetición, no dar lugar á dolores gástricos tan penosos y acompañarse de malestar general y gástrico, con angustia, repugnancia, náuseas y devolución de alimentos tal como fueron ingeridos, cefalalgia frontal y síntomas saburrales subsiguientes, no permiten confundirla con la gastralgia.

Con el cólico intestinal.—El cólico intestinal se diferencia por el asiento y caracteres del dolor, y los fenómenos gástricos é intestinales coincidentes.

En efecto: el dolor del cólico no se localiza en el epigastrio, sino hacia la región umbilical; no es continuo, sino intermitente y de retortijón; no es fijo, sino que recorre la parte media del vientre en dirección transversal; y no es el solo síntoma, sino que se acompaña, primero de borborigmos, y más tarde de vómitos y diarrea, que hacen cesar rápidamente el dolor; subsistiendo síntomas gástricos agudos, sobre todo inapetencia, lengua sucia, sed intensa y quebrantamiento general acentuado.

Con el cólico de plomo. — El cólico de plomo se diferencia de la gastralgia saturnina, que es la forma con la que más fácilmente se confunde, por la localización y duración del dolor, y los síntomas gástricos concomitantes. El sufrimiento en el cólico es más bien central y difuso á todo el abdomen, que circunscrito y epigástrico; es continuo, soliendo durar casi siempre varios días; y se acompaña de lengua sucia, sed y estreñimiento pronunciado, y los demás síntomas saturninos comunes á ambas dolencias.

Con el cólico nefrítico.—La situación lumbar del dolor, sus irradiaciones constantes hacia abajo y adentro, las más de las veces al escroto, pene ó recto, siguiendo la dirección del uréter; su manera brusca de cesar, las alteraciones urinarias bien comprobables que le anteceden, acompañan ó siguen, y las arenas ó calculillos que algunas veces se suelen encontrar en la orina á la cesación de los do-

Digitized by Google

lores, no permiten confundir por mucho tiempo el cólico nefrítico con la gastralgia.

Con la uremia de forma gástrica.—Por último, la uremia gástrica se diferencia por los vómitos pertinaces, que son su síntoma predominante; en tanto el dolor, por lo común, alcanza escasa intensidad, lo contrario justamente de lo que sucede en la gastralgia, cuya única manifestación sintomática es el dolor, rara vez acompañado de vómitos.

Además, la uremia, sea por causas locales (nefritis) ó generales (arterio-esclerosis), se presenta las más de las veces gradualmente, coincidiendo con períodos de oliguria, alguna vez diarrea y siempre anorexia y alteraciones urinarias múltiples y evidentes, que la hacen fácilmente diferenciable de la gastralgia las raras veces que presenta como fenómenos principales ó predominantes trastornos gástricos.

CRISIS GÁSTRICAS

El dolor es el fenómeno morboso que inicia casi constantemente las crisis gástricas. Confuso, ligero y extendido al principio á todo el vientre, se precisa después y aumenta rápidamente de intensidad, y acaba por ascender y fijarse de modo definitivo en el hueco epigástrico, desde donde es común que se propague al dorso ó á la región precordial.

Muy rara vez ocasiona escasos sufrimientos, siendo generalmente penosísimo por su gran intensidad, al extremo de ser, con la perforación y la úlcera, la afección que los origina mayores, y aun algunas veces tan violentos que «el sufrimiento parece sobrepasar lo que puede soportar un sér humano».

Las sensaciones á que con más frecuencia se le compara son la de mordedura, hierro candente hundiéndose en el estómago, peso enorme que aplastase, constricción irresistible y, las menos veces, á la de calambre.

Casi nunca está doloroso el vientre á la presión; cuando sucede así, suele serlo especialmente en la región epigástrica ó al nivel del plexo solar; lo constante es que la palpación sea bien tolerada y la presión fuerte no aumente los sufrimientos.

Desde que alcanza cierta intensidad, aparecen invariablemente vómitos, que van con frecuencia precedidos de náuseas y tienen siempre el carácter brusco de los vómitos nerviosos. Los primeros son alimenticios y vierten al exterior los restos que hubiera en el estómago de la última comida efectuada; después se hacen líquidos y abundantísimos por hipersecreción, y están formados por moco y

Digitized by Google

masas glerosas coloreadas fuertemente por bilis, á la que suelen d
ber su reacción alcalina.

El vómito tiene además como caracteres precisos y fáciles d
comprobar: no calmar ó disminuir sólo momentáneamente el dolo
por abundantes que sean su persistencia y continuidad; la absolu
intolerancia gástrica de que se acompañan; y la constancia en r
aparecer con la misma intensidad cada vez que se ingieren los m
pequeños sorbos de cualquier líquido, única cosa que se atreven
intentar tomar los enfermos, por lo que dan lugar á sed grande
penosa.

El estado general y el sistema nervioso, sobre todo, se afectan
las crisis notablemente, y entorpecido el sensorio, indiferentes ó e
tuporosos, llegan en los casos más acentuados hasta la algidez y a
al colapso; normal la temperatura, pero fría y violácea la piel; r
pido, pequeño y contraído el pulso, y el aspecto semejante al de
colérico.

Lo más común, sin embargo, es que la depresión nerviosa se p
rezca á la del shock consecutivo á las laparotomías.

El dolor es siempre continuo durante toda la crisis, por larg
que sean.

La duración de las crisis no es fija y uniforme; lo general es q
alcancen á dos ó tres días; no es excepcional, sin embargo, que ll
guen á ocho y hasta quince.

Jamás es única, sino que repite con relativa periodicidad, di
tinta para cada caso; lo más frecuente es que aparezca una al m
ó cada dos ó tres meses durante años consecutivos.

La cesación del dolor se efectúa siempre tan brusca como el c
mienzo, y, en cuanto acaba, reaparece en pocos días la perfecta s
lud gástrica que existía antes de ellas.

Diferenciación. De las formas completas y frustradas.—Las c
sis tienen siempre igual sintomatología y aspecto clínico, y varí
sólo en la intensidad de sus síntomas y la duración.

De ahí que se constituyan por la asociación constante de f
nómenos sensitivos (dolor), motores (vómitos), secretorios (gran ca
tidad vomitada) y generales (estupor, depresión nerviosa). Cuan
aparecen todos ellos, las crisis son denominadas completas.

Hay casos, sin embargo, que las forman un solo orden de fen
menos, como el dolor con aspecto de calambre gástrico (Fournier
el vómito, no apareciendo los demás; ó se constituye por un solo si
toma insólito, como la hematemesis, capaz de representar todo
proceso, según algunos autores. A estas verdaderas rarezas clínic
se las conoce con el nombre de formas frustradas.

Entre las formas completas.—Las dolencias que con más fr
cuencia dan lugar á crisis gástricas son: la tabes dorsal y las pto

Digitized by Google

ó desplazamiento de las vísceras abdominales y, menos comúnmente, la esclerosis medular; originando las formas llamadas tabéticas, ptósicas y esclerósicas, no difíciles de diferenciar.

Tabéticas.—Las crisis debidas á la tabes ó ataxia locomotriz, caracterizada fundamentalmente por la abolición progresiva de la coordinación de los movimientos, con integridad de la fuerza muscular, son las tomadas como tipo para las descripciones clásicas, por lo completo de su cuadro morboso, su comienzo brusco, la mayor intensidad de todos sus síntomas, lo atroz de sus dolores, la violencia de los vómitos y la periódica regularidad con que se presentan.

De aquí el valor de estos particulares para diagnosticarlas; pero además puede hacerse por los antecedentes sifilíticos y, sobre todo, por los síntomas de la tabes. Por esto puede efectuarse en el primer período por los dolores fulgurantes, casi siempre intensos y efímeros como el rayo, y menos veces lancinantes, de preferencia localizados en las piernas, y no pocas veces seguidos en sus accesos de erupciones ó equimosis; la abolición del reflejo rotuliano (signo de Westphall); los trastornos cerebrales y oculares, y entre ellos, como saliente, la sensibilidad de las pupilas á la acomodación con insensibilidad á la luz (signo de Argyl-Robertson); las crisis laríngeas y las alteraciones auditivas y genitales; síntomas que, distintamente agrupados en cada caso, sirven para caracterizar el período preatáxico de la dolencia.

Cuando las crisis gástricas aparecen en el segundo período de la tabes, permiten reconocerlas: la ataxia de la coordinación motriz con integridad de la fuerza muscular; la facilidad con que el enfermo vacila y cae cuando se le ordena juntar los pies y cerrar los ojos, ó lo hace en la oscuridad (signo de Romberg); el taconeo al andar, la insensibilidad al frío, la torpeza de los movimientos de las manos, el retardo en la percepción de la sensibilidad y, con menos frecuencia, las parálisis y la locura.

Y en el tercero y último, los síntomas paralíticos y los de caquexia y marasmo, ya tróficos, como las equimosis, los edemas fugaces, las erupciones variadas, la caída de las uñas, la ictiosis y el mal perforante; ya ósteo-articulares, como las artropatías diversas, las fracturas, la ósteo-porosis maxilar, las atrofias musculares, sobre todo de las manos y pies, y muy especialmente el pie zambo tabético.

Los trastornos secretorios finales, sudores, diarrea y sialorrea, rara vez coinciden con ellas, por lo que no pueden servir realmente para reconocerlas.

Ptósicas.—Las crisis gástricas debidas á las ptosis son patrimonio casi exclusivo de las mujeres pluríparas, de vínculos conjunti-

Digitized by Google

vos laxos y pared abdominal tan relajada que retiene los órgan abdominales, sin sostenerlos en sus sitios fisiológicos, dando lugar que caigan hacia delante y abajo cuando están de pies, como e una alforja.

De frecuencia muchísimo menor que las tabéticas, deben ocupa sin embargo, el segundo lugar, por serlo mucho más que las de l otras formas.

Comienzan unas veces de modo brusco, interrumpiendo la salu más completa, y otras de manera más insidiosa, por accidentes lig ros que se agravan progresivamente en algunos días. Lo común que se inicien por dolor intenso que obliga á acostarse; pero en otr ocasiones suele ser menos violento, y aun en alguna excepcion llega hasta faltar por completo. El máximum de intensidad del sufr miento ocupa siempre el hueco epigástrico, donde la compresión d lugar á sensaciones muy penosas.

Al mismo tiempo que el dolor, se presentan los vómitos; primer una ó dos veces por día, á hora variable, y luego, cada vez más ce canos, hasta llegar á la intolerancia gástrica absoluta, sin ir preced dos de náuseas; carácter casi exclusivo de las afecciones dolorosa del estómago.

La intensidad general de las crisis es siempre menor que la d las tabéticas, pero en cambio son de mucha más duración, alcan zando, por lo común, á varias semanas y aun alguna vez á meses

Se diferencian además en ser más tardías, no guardar regulari dad relativa ni tener periodicidad alguna; pues por lo genera transcurre mucho tiempo, hasta años algunas veces, de uno á otr acceso, siendo lo más frecuente que aparezcan á consecuencia d contrariedades, fatigas ó coincidiendo con el período menstrual.

La exploración permite comprobar, de una parte, un fondo neu ropático, común á estas enfermas; y de otra, el desplazamiento d una ó todas las vísceras abdominales, siendo la enteroptosis, nefrop tosis y gastroptosis las más comunes, y excepcional la hepatoptosi

Esclerósicas.—Las crisis debidas á la esclerosis medular so rarísimas, y no tienen nada de características; su diagnóstico s funda sólo en el de la esclerosis y se completa por exclusión de la otras variedades.

Diferenciación con las demás enfermedades.— A pesar de su as pecto clínico particular, las crisis gástricas pueden ser alguna ve confundidas con la gastralgia, el cólico hepático y la uremia gás trica.

Con la gastralgia.—Aunque el dolor en la gastralgia es el fenó meno predominante, lo mismo que en las crisis gástricas, no son sus ceptibles de confusión largo tiempo, por la distinta duración y cua dro sintomático de cada dolencia.

Digitized by Google

La duración consiente por sí sola hacer desde luego, rápida y seguramente, la diferenciación, puesto que la gastralgia no pasa nunca de horas, y las crisis duran casi siempre varios días.

Además, si bien una y otra afección arrancan de completa salud gástrica, mientras que en la gastralgia el dolor es el único síntoma y constituye toda la enfermedad, en las crisis se asocian desde el principio vómitos que la hipersecreción hace copiosos, y fenómenos generales, notorios y proporcionados á la intensidad de las crisis; de aquí que, cesado el dolor gastrálgico, la salud completa reaparezca inmediatamente, en tanto que á las crisis suceden varios días de fenómenos gástricos, quebrantamiento y malestar, que desaparecen poco á poco antes de llegar á cesar por completo.

Las formas frustradas en que el dolor constituye toda la crisis son las únicas que, cuando son cortas, pueden originar dudas serias; se las caracteriza bien, sin embargo, por existir los síntomas de la tabes, ya que las ptosis no dan lugar jamás á crisis que sean confundibles.

Con el cólico hepático.—Los cólicos hepáticos de comienzo brusco, en particular cuando no se acompañan de ictericia, pueden confundirse con las crisis gástricas. Se diferencian por la localización del dolor, los síntomas concomitantes, los subsiguientes y el diferente curso.

El dolor en el cólico muy rara vez es difuso, sino que se limita y circunscribe á la porción más interna y superior del hipocondrio derecho, que se conoce con el nombre de región cística, desde donde suele difundirse al resto del hipocondrio, espalda y hombro del mismo lado, mientras que en las crisis es siempre plenamente epigástrico.

El sufrimiento es el síntoma que inicia los cólicos; pero sólo por excepción es brutal desde su comienzo, como en la crisis, sino que por lo común empieza con escasa intensidad y va aumentando, de modo progresivo y rápido, hasta alcanzar toda su violencia.

El cólico, además, comienza casi siempre algunas horas después de una de las comidas principales, y al dolor suelen acompañar en seguida, aunque por poco tiempo, vómitos, primero alimenticios y luego mucosos y biliosos, pero sin llegar nunca á ser tan continuos, bruscos y copiosos como los de las crisis, ni dar lugar á intolerancia gástrica absoluta, con devolución inmediata de cuanto se ingiere.

De otra parte, en las crisis se aprecia por palpación simplemente el epigastrio retraído, mientras que en los litiásicos suele tocarse durante el cólico en la región cística una tumoración de contorno hemisférico, fija, intraabdominal y muy dolorosa, que es la vesícula biliar. Aun sin la ictericia, estos síntomas permiten diferenciar bien ambos afectos.

Digitized by Google

Pero lo común es, además, que al dolor del cólico siga ó acompañe, á más ó menos distancia, el síndrome ictérico con orinas oscuras, acafetadas ó de color caoba, ictericia conjuntival y generalizada, y deposiciones gredosas por decoloración de las heces fecales, entre las que alguna vez se encuentran los cálculos causa del cólico; al de la crisis, en cambio, sólo le suceden síntomas saburrales ligeros y algún quebrantamiento.

Es además lo general y casi constante que los cólicos no repitan con la periodicidad relativamente regular de la crisis, ni llegue su dolor á las mismas intensidades, ni alcance su duración, ni se acompañe de síntomas de tabes. Con lo que la diferenciación es siempre posible.

Con la uremia.—Si los síntomas gástricos de la uremia adquieren gran relieve, pueden llegar á hacer confundirla con las crisis gástricas. Es, sin embargo, siempre poco duradero, por la falta del cuadro complejo de la crisis con sus fenómenos dolorosos, motores, secretorios y generales, y la distinta salud gástrica anterior, absoluta en las crisis é incompleta en los urémicos, que suelen presentar en cambio desde mucho tiempo antes de los fenómenos gástricos confundibles lengua roja en los bordes y saburral en el centro, é inapetencia y aun repugnancia por ciertos alimentos.

En la uremia gástrica, además, los vómitos no son porráceos; hay diarrea en vez de estreñimiento, y síntomas urinarios con fenómenos nerviosos, cardíacos ó pulmonares consecutivos, á los que se añaden posteriormente los gástricos.

Esto explica el valor diagnóstico de la comprobación del afecto causal, pues en tanto se encuentran en las crisis los síntomas de la tabes por los cuales filiarlas, se hallan en la uremia, como más frecuentes, los de la nefritis crónica con su albuminuria y edemas de comienzo particular por la cara; y como menos comunes, los de las degeneraciones renales, prostáticas, ó la litiasis, por que considerar, en virtud de la ley de unidad morbosa, los síntomas gástricos existentes, como secundarios á la uremia.

PERFORACIÓN

La perforación del estómago es consecutiva á la destrucción limitada de todo el espesor de la pared gástrica, producida casi siempre por la úlcera simple ó el cáncer.

Ante la rotura, el peritoneo se comporta de maneras diferentes: ya defiende al organismo con reacciones inflamatorias plásticas que adhieren el estómago á los órganos vecinos é impiden la difusión de su contenido en la cavidad peritoneal, ya la aísla y limita las con-

Digitized by Google

secuencias con inflamaciones circunscritas supuradas, ó sorprendido por el contrario recibe lo que se vierte del estómago y reacciona con flogosis difusa agudísima, lo más frecuentemente mortal.

De aquí tres variedades de consecuencias de la perforación: la perigastritis adhesiva, la supurada y la peritonitis generalizada. Las sinfisis gástricas y el flemón son las manifestaciones morbosas de las dos primeras, y la peritonitis difusa la de la tercera, siendo complicación casi exclusiva de las úlceras localizadas en la cara anterior del estómago, más peligrosas por su mayor variedad.

Ni la perigastritis adhesiva, ni la flemonosa, que rara vez se abre al exterior, suelen diagnosticarse en su curso, sino, y no siempre, posteriormente por la adherencia ó el flemón á que dan lugar. De ahí que su diferenciación sea extremadamente difícil ó imposible; por otra parte, carece en lo común de urgencia y sale de los límites de este trabajo.

La perforación sin defensa peritoneal, de aspecto morboso trágico casi constante, debe en cambio ser diagnosticada precisa, rápida y precozmente para determinar con urgencia la inoportunidad ó conveniencia de la intervención quirúrgica, pues la rapidez del proceso hace muy efímera la indicación operatoria.

El síntoma culminante que en la perforación abre la escena morbosa es el dolor, instantáneo por su aparición, brutal por su intensidad, y bien circunscrito por su extensión. Se trata casi siempre de enfermos de estómago con historia de sufrimientos gástricos desde larga fecha, y menos veces sin ellos ó con referencias de pocos meses, que en salud completa ó relativa son sorprendidos bruscamente, y sin motivo á qué atribuirlo, por dolor abdominal tan fuerte, repentino y circunscrito, que impresiona con la misma vivacidad que lo haría un puñal hundiéndose en el vientre; de ahí el nombre gráfico, aunque no siempre exacto, de puñalada peritoneal con que le ha calificado Dieulafoy para objetivar sus caracteres fundamentales.

Su asiento exacto es el sitio de la perforación; por ello suele ser epigástrico ó umbilical, y menos veces radica en el hipocondrio. Lo común es que se circunscriba de manera precisa á muy limitada porción del abdomen, que señala siempre el enfermo con exactitud, difundiéndose más tarde progresivamente á las demás del vientre en zonas como concéntricas.

Su intensidad arranca quejas y gemidos, y obliga á permanecer en absoluta inmovilidad en el lecho, y aun á veces en el mismo lugar donde la perforación sorprendió al enfermo, que evita hasta el contacto de las ropas, cuyo simple peso exaspera sus sufrimientos.

La presión es intolerable y la palpación útil imposible por la

Digitized by Google

enérgica y continua contractura muscular de la pared abdomina tan uniforme y poderosa, que ha dado lugar á que se les design por su dureza con la denominación de «vientres de madera».

Desde el primer momento, lo atroz é intolerable del sufrimient y su influencia sobre los demás sistemas y aparatos hace grave aspecto general, y lo corrobora el semblante pálido y casi siempr contraído y de expresión aterrada, el pulso pequeño y concentrad la respiración contenida y superficial y la refrigeración de las extre midades.

Algún tiempo después de iniciarse la perforación, y sin que ces ni remita el dolor, el vientre se timpaniza de modo progresivo, des aparece la macicez hepática, se presenta hipo y muy rara vez vó mitos, se hace rápido, frecuente y filiforme el pulso, se eleva ó hac subnormal la temperatura, se afila y vuelve hipocrática la cara, por colapso ó debilitación progresiva y rapidísima del corazón mue ren en el segundo y menos veces en el tercer día de la dolencia.

Toda ingestión alimenticia puede y suele exacerbar violenta mente el dolor por su difusión al peritoneo, tanto más rápida cuan to más líquidos son, por su mayor facilidad para verterse y más baj la perforación; de ahí que los perforados rehuyan instintivament alimentarse ni beber. De este dato se ha querido, sin embargo, ha cer un buen signo diagnóstico, que debe explorarse, según algunos cuando haya dudas para la diferenciación con otras dolencias. L contraindicación es, á nuestro juicio, absoluta y formal, puesto qu todo lo que caiga en él ha de arrastrar al peritoneo mayor númer de gérmenes, aumentando la extensión y gravedad de la reacció inflamatoria; no debe, pues, llevarse á cabo bajo ningún pretexto tanto más, cuanto que su valor no es definitivo, sino tan equívoco que en modo alguno permite fundamentar conclusiones diagnósticas

La cortísima duración del proceso hace fugaz la observación y muy difícil el diagnóstico. Si la afección que la origina no es laten te, no pocas veces se llega, sin embargo, á formularle de manera rápida y segura.

Diferenciación de sus formas.—La perforación puede ser debid á la úlcera simple ó al cáncer gástrico. En una y otra es muy dis tinta la conducta quirúrgica que se debe seguir, por lo que se im pone, ante todo, la determinación del proceso que la origina.

La diferenciación puede hacerse en la mayoría de casos por lo antecedentes y síntomas concomitantes con los de la perforación

Ulcerosa.—En efecto: los ulcerosos son siempre enfermos de his toria larga, que, por lo común, refieren venir sufriendo desde año antes ardores y molestias diversas de estómago, y, sobre todo, do lor de tipo digestivo más ó menos tiempo circunscrito, intenso y pa roxístico, que se acompañó no pocas veces de hematemesis abun

Digitized by Google

dantes ó melenas bien ostensibles. Pero la úlcera simple no es siempre gástrica, pues puede serlo duodenal.

Gástrica.—Se puede afirmar que es gástrica cuando el dolor aparecía con regularidad poco tiempo después de las comidas, estaba situado en pleno epigastrio y se acompañó de hematemesis copiosas.

Duodenal.—Y que es duodenal si el dolor sólo se presentaba dos ó tres horas después de las comidas, se localizaba exclusivamente en la parte más baja y derecha del epigastrio, y dió lugar á grandes melenas sin hematemesis.

Cuando la hiperclorhidria es conocida por análisis químico anterior, sirve para distinguirlas del cáncer, pero no permite diferenciar entre sí la úlcera gástrica de la duodenal.

Cancerosa.—Puede inducirse, en cambio, que la perforación es de origen canceroso, cuando la historia gástrica es breve, y no excede en lo general de meses, la inapetencia intensa, precoz y electiva por las carnes, los vómitos incoloros al principio y luego acafetados ó negros, y hay infartos inguinales ó supraclaviculares, demacración progresiva con decoloración rápida, seguida de tinte amarillo terroso de la piel, decaimiento físico acentuado y muy particularmente tumor gástrico perceptible y bien comprobable.

Debe tenerse presente, sin embargo, que las formas de cáncer blando—encefaloides y coloide,—sin aspecto tumoral apreciable, son las que con más frecuencia dan lugar á la perforación, en cuyo caso sólo puede llegarse al diagnóstico avalorando cuidadosamente los síntomas enumerados y los que hubiera del quimismo gástrico, si era conocido; y aun así, las más de las veces no pasa de ser una presunción.

Diferenciación con otros procesos.—La perforación se puede confundir: con el cólico hepático, la apendicitis, la oclusión, la peritonitis aguda, la perforación de los intestinos, el cólico intestinal y algunos envenenamientos.

Con el cólico hepático.—La diferenciación con el cólico hepático puede hacerse por los síntomas y los antecedentes, perfectamente distintos en ambos procesos.

El dolor del cólico difiere del de la perforación por ir las más de las veces precedido de malestar general y sensaciones locales vagas, casi siempre bien conocidas por el enfermo, por precederle á corta distancia como prodromos; por la escasa intensidad con que comúnmente empieza, para luego crecer rápida y como gradualmente hasta su mayor violencia; por su menor intensidad, que aun en los más grandes no suele llegar á la extrema de los de la perforación dolorosa; por la falta de uniformidad, en la perforación constantemente de la misma intensidad en todos sus momentos, y en el

Digitized by Google

cólico con ligeras remisiones, por las que unas veces es más
otras menos enérgico; por su distinto asiento, pues en el cólico
localiza de manera precisa en la región cística, irradiándose al re
to del hipocondrio y hombro derecho, y en la perforación es m
epigástrico, permanece fijo y circunscrito al punto donde se inici
ó se difunde al resto del abdomen y en particular á las regiones i
mediatas; por el diferente estado de la pared abdominal, relajada
flácida en el cólico, al punto de permitir con algún cuidado palp
los órganos abdominales y tocar la vesícula biliar, dura y tens
semejando una tumoración; y rígida y uniformemente contractur
da en los perforados, con imposibilidad de toda palpación.

Contribuyen, además, á poder efectuar la diferenciación: el sí
drome ictérico, casi siempre coincidente ó posterior á los cólicos,
manifiesto por coloración oscura de las orinas; decoloración de l
heces fecales é ictericia ocular ó generalizada; la duración, en l
pequeños muy escasa y en los grandes de varios días, mientras q
en la perforación no suele pasar de dos ó tres; los síntomas de pe
tonitis agudísima, ausentes en el cólico y constantes en la perfor
ción; y la distinta intensidad de los fenómenos generales, gravísim
desde el primer momento en los perforados, y poco intensos ó tardí
en los litiásicos, cuando se presentan.

Difieren los antecedentes en ambos procesos, porque en la perf
ración ó no existen ó son gástricos, en tanto que en el cólico es ca
constante la referencia precisa de otros anteriores con análoga fen
menología.

Con la apendicitis.—La perforación del estómago puede ser co
fundida con la inflamación del apéndice vermicular, sobre todo
los formas ascendentes y cuando se perfora. Las más de las vec
es, sin embargo, posible diferenciarlas de manera rápida y co
pleta.

La apendicitis se caracteriza fundamentalmente por dolor abd
minal de localización fija, contractura muscular circunscrita, fen
menos de reacción peritoneal y generales, y más tarde síntomas
foco en la región ilíaca derecha.

El dolor es, por lo común, al principio difuso y poco intenso,
poco tiempo después se fija y localiza al nivel de la fosa ilíaca de
cha, con un máximum de intensidad en la porción de la pared abd
minal situada á una y media ó dos pulgadas de la espina ilíaca a
terior superior, en el trayecto de la línea que desde ésta va al o
bligo; punto conocido con el nombre de Mac-Burney, por hab
sido quien lo señaló. En la perforación gástrica, por el contrar
el dolor tiene intensidad grandísima desde que aparece, y su asien
es el epigastrio, región umbilical ó hipocondrio.

Ambas dolencias presentan contractura de la pared abdomin

Digitized by Google

por defensa muscular; pero mientras que en la apendicitis se sitúa en la fosa ilíaca derecha, y se circunscribe de modo preciso á la región donde el dolor tiene su mayor intensidad, en la perforación es más superior y difusa á casi todo el vientre, aunque más enérgica en el sitio perforado, donde al principio reside exclusivamente.

Los síntomas de reacción peritoneal van casi siempre precedidos, en la apendicitis, de fenómenos gástricos agudos más ó menos acentuados, en particular de vómitos alimenticios; suelen ser más tardíos que en la perforación, menos en la forma llamada fulminante, más lento en su desarrollo y de síntomas comunes más acentuados, siendo más frecuentes é intensos los vómitos, más constante y mayor el meteorismo, más grande y regular la elevación de temperatura y más amplio y desenvuelto el pulso. En la perforación, por el contrario, los síntomas peritoneales son precoces, agudísimos, de rapidez extraordinaria é intensidad excepcional; faltan las más de las veces los vómitos, y casi desde el principio desaparece á la percusión la macicez hepática que se conserva en la apendicitis.

El aspecto general, de otra parte, es bien diferente en ambos afectos, y la angustia extrema y gravedad notoria y precoz, con descomposición rápida y colapso agudo, de la perforación, no puede compararse con la agravación, algo lenta y relativamente gradual, común en la apendicitis.

Sólo cuando se acompaña de peritonitis agudísima pudiera haber semejanza entre los síntomas peritoneales de ambos procesos; pero aun entonces se diferencian bien, porque los locales que los inician se localizan siempre en la mitad superior del abdomen en la perforación del estómago, y en la inferior en la apendicitis. La duración de una y otra enfermedad es, además, bien distinta, pues la perforación rara vez sobrepasa del segundo ó tercer día, en que el enfermo muere las más de las veces, mientras que en la apendicitis común por este tiempo empiezan á manifestarse síntomas de foco situado en la fosa ilíaca derecha, con tumoración más ó menos bien apreciable en forma de morcilla, ó las pastosidades del flemón incipiente.

Si el apéndice inflamado se perfora, pudiera presentar mayores dificultades la diferenciación; la hace posible, sin embargo, la oposición de la topografía de los síntomas locales, siempre supra-umbilicales en la perforación, sobre todo el dolor y la contractura, por lo común epigástricos é infra-umbilicales, y casi siempre ilíocas derechas en la apendicitis; los síntomas apendiculares que preceden á los de perforación, y los antecedentes, siempre gástricos en los perforados de estómago, y por lo común nulos ó de estreñimiento habitual en las inflamaciones del apéndice vermicular.

Con la perforación tifoidea.—La existencia anterior á los de la

Digitized by Google

perforación de los síntomas de la fiebre tifoidea, de una parte, y de otra la localización del dolor y las primeras manifestaciones peritoneales al centro ó parte inferior del abdomen, permite fácil y seguramente diferenciar la perforación gástrica de la intestinal, consecutiva á la dotienentería.

Con la oclusión intestinal.—La perforación gástrica puede confundirse con la oclusión intestinal en sus formas más agudas.

Las diferencia: la menor intensidad del dolor en la oclusión, con frecuencia intermitente y de forma cólica al comenzar el proceso; la falta general de instantaneidad en la aparición; su localización fuera de la región epigástrica; la constancia de los vómitos; el abultamiento desigual del abdomen, circunscrito al centro, mientras las partes laterales é inferiores aparecen hundidas, cuando la oclusión asienta en el intestino delgado, mas periférico y general si está localizada en el colon, é intermedia si ocupa el íleo ó el ciego; la persistencia de la macicez hepática; la falta de contractura de la pared abdominal, que hace explorable el vientre en tanto no lo impide el timpanismo; el estreñimiento absoluto, sin expulsión de gases por el ano; la mayor duración de la enfermedad; el aspecto general, mucho menos grave al principio que el de la perforación; y últimamente, los antecedentes dispépticos y los síntomas gástricos concomitantes, que faltan constantemente en las oclusiones.

Con la peritonitis agudísima.—La prontitud con que aparecen los síntomas peritoneales en la perforación puede llevar á tomarla simplemente por la peritonitis agudísima primitiva. Se diferencia por no existir anterior ni concomitante la dolencia gástrica, fondo morboso indispensable á la perforación, y por la falta de aparición brusca é instantánea del dolor epigástrico, brutal é intolerable, seguido inmediatamente de contractura muscular circunscrita, y más lejanamente de los síntomas peritoneales; pudiéndose comprobar, en cambio, que la peritonitis agudísima simple es debida casi siempre á enfriamientos ó afectos genitales; principia por dolores abdominales difusos, seguidos de vómitos porráceos frecuentes, hipo, las más de las veces diarrea, timpanismo progresivo, sin desaparición de la macicez hepática ni contractura de la pared, y fiebre alta con integridad intelectual; apareciendo más tarde macicez en las partes declives del vientre, por derrame peritoneal, que tarda más tiempo en presentarse del que la perforación emplea en recorrer todas sus fases.

Con la crisis gástrica.—La gran intensidad del dolor pudiera en algún caso hacer pensar en las crisis gástricas. Se distinguen rápidamente porque en la crisis jamás el dolor es tan instantáneo, intenso y circunscrito, ni se acompañan de contractura tan enérgica y limitada de la pared abdominal, fiebre ni síntomas peritoneales,

Digitized by Google

sino de vómitos violentos, pertinaces y copiosos, por hipersecreción, con intolerancia gástrica absoluta y trastornos nerviosos bien notorios.

Con la úlcera simple.—La larga duración de la úlcera basta á evitar toda confusión con las perforaciones. Contribuyen además á no hacerla posible los caracteres del dolor, siempre menos circunscrito é intenso; su falta de instantaneidad y, sobre todo, su intermitencia, pues aparece bajo la forma de crisis más ó menos largas, que comienzan con regularidad casi inmediatamente después de las comidas.

Con un envenenamiento.—La brusquedad de cuadro morboso tan grave suscita alguna vez la idea de un envenenamiento, intencionado ó accidental, para explicar paso tan instantáneo de la salud perfecta ó relativa á tan enorme sufrimiento. Puede, sin embargo, excluírsele de manera fácil y precisa por los antecedentes y los síntomas gástricos.

En efecto: en los antecedentes figura siempre la ingestión del agente corrosivo, ácido, alcalino ó cáustico, de que suelen quedar huellas evidentes en los labios, lengua ó fauces, por lo común más ó menos cauterizados.

Y por los síntomas del proceso, porque los primeros que constantemente aparecen en los envenenamientos son los de la gastritis aguda intensa con dolores epigástricos fuertes y difusos, vómitos mucosos ó sanguinolentos y sed intensa, sin síntoma alguno peritoneal.

Con el cólico intestinal.—El cólico intestinal es extraordinariamente difícil de confundir con la perforación, por la intermitencia de sus dolores, ni tan intensos, ni tan bruscos, ni epigástricos, ni fijos, ni circunscritos, sino casi siempre de localización umbilical y ambulatorios, pues recorren transversalmente el abdomen, sin dar lugar nunca á contractura de la pared, ni aspecto general grave, y acompañándose más ó menos pronto ó tarde de vómitos alimenticios y diarrea abundante, que pone fin las más de las veces al proceso de manera rápida.

Con el cólico de plomo.—El cólico de plomo es también casi imposible de confundir con la perforación. Por la menor intensidad de su dolor, su falta de instantaneidad, la localización plenamente abdominal, ser difuso y no circunscrito y no originar contractura de las paredes del vientre, por lo común duro, retraído ó con forma de tabla ó barco, en vez de timpánico y abultado. Por la constancia de los vómitos, la ausencia de todo síntoma peritoneal y el aspecto general, notoriamente menos grave que en la perforación.

Ayudan á la diferenciación los demás síntomas saturninos, y como más fáciles de apreciar: el cordoncillo gingival azulado, las man-

Digitized by Google

chas bucales ó tatuaje de Gubler, verdaderamente raras; el temblo de los miembros; las parálisis diversas y, en especial, la de los ar tebrazos, circunscrita á los extensores, con excepción del supinado largo; y como más difíciles, los demás trastornos nerviosos, sensit vos y sensoriales por que se caracteriza clínicamente la intoxica ción crónica por el plomo.

HIPERESTESIA GÁSTRICA

La sensibilidad normal del estómago es muy obtusa; aprecia bas tante bien diferencias notables de temperatura en los alimentos, pe ro no originan sensación alguna las excitaciones físicas y química que son capaces de producir su forma ó composición. Sólo la disten sión algo pronunciada de sus paredes da lugar á molestias de pen ó hinchazón, que pueden llegar graduándose hasta el dolor.

La exageración patológica de la sensibilidad de la mucosa gás trica se conoce con el nombre de hiperestesia; se diferencia del do lor común porque mientras es indispensable en aquélla, para qu aparezca sufrimiento, la ingestión de cualquier alimento, en éste s presenta espontáneamente, «sin necesidad de que obren sobre lo tejidos sus excitantes naturales». (G. Solá.)

La hiperestesia gástrica puede ser primitiva y secundaria: e el primer caso forma por sí sola toda la dolencia, y en el segund no es más que una parte de ella y síntoma de múltiples afeccione del estómago.

La hiperestesia primitiva es muy rara, pero la secundaria ocup papel preponderante en la génesis de las manifestaciones subjetiva de las dispepsias, á tal punto, «que sin ella la mayor parte de las a teraciones de la digestión estomacal permanecerían latentes» (Ma thieu). De ahí que la deba casi por completo su personalidad patol gica, la dispepsia nerviosa, sensitivo-motriz ó miastenia gástrica de alteraciones muy variables ó poco manifiestas en el quimismo, constituída fundamentalmente por «exageración de la sensibilida gástrica, ligada con frecuencia á la alteración de la motilidad y r tardo en la evacuación de su contenido» (Mathieu); y las que los i gleses han caracterizado con los nombres de «morbid sensibility the stomak» y «irritable gastric dispepsia», en las que la hiperest sia no puede ser desglosada del conjunto patológico, porque au cuando los engendra ó pone clínicamente de manifiesto sólo las con tituye asociada á otros síntomas.

Primitiva ó secundaria, la hiperestesia es patrimonio casi exclu sivo de histéricos, neurasténicos ó neurópatas, cuyas dolencias gá tricas matiza con dolor verdadero pocas veces, y las más con sensa ciones variadísimas de calambres gástricos, peso, plenitud angu

Digitized by Google

tiosa, latido epigástrico, presión, movimiento interno, calor ó frío gástrico.

Lo general es que estas molestias aparezcan después de la ingestión de todos los alimentos, y sólo rara vez detrás de uno determinado que las suscita de manera constante cuantas veces se toma; particularidad morbosa clasificada desde antiguo en el grupo de las idiosincrasias, tan vago como mal definido.

Cuando la sensación á que da lugar es de dolor, tiene como caracteres particulares: localizarse en la región epigástrica, á la que se circunscribe constantemente; la variabilidad de intensidad muy distinta en cada sujeto y aun en uno mismo cada día; su gran irregularidad en duración; la frecuencia con que afecta el carácter pungitivo, y, sobre todo, como más peculiar y fundamental, el momento de aparición, invariablemente tan poquísimo tiempo después de concluída la comida, que puede decirse coincide con ellas; disminuyendo luego como gradualmente, hasta cesar de hora y media á tres de su comienzo, sin guardar relación ni proporcionalidad con la cantidad, clase ni calidad de los alimentos ingeridos.

La acompañan, por lo común, como síntomas complementarios, alteraciones del apetito, rara vez nulo ó muy disminuído, y con frecuencia caprichoso, pervertido ó notablemente aumentado.

El temor á los fuertes dolores que ocasiona alguna vez su satisfacción puede dar lugar á abstenerse de efectuarlo, y de su restricción acentuada y continua nacer como consecuencia la anorexia nerviosa.

En ocasiones el dolor origina intolerancia gástrica, y todos los alimentos son devueltos apenas ingeridos; más rara vez la intolerancia es parcial y los vómitos sobrevienen durante la comida, tolerándose unos y devolviéndose otros alimentos, con lo que se establece el vómito nervioso. En general, la devolución es incompleta por no vomitarse más que parte de lo tomado, y las menos veces tan frecuentes y copiosos que comprometan gravemente la nutrición.

El estómago suele estar casi siempre sensible á las presiones en su porción epigástrica, ó hasta debajo de las costillas. Con frecuencia hay también hiperestesia de la pared abdominal, circunscrita á la región epigástrica, en forma de verdadera epigastralgia; tan acentuada á veces, que aun las presiones más ligeras, como las que son susceptibles de producir las ropas de la cama, provocan dolores intensísimos.

De la constancia con que la hiperestesia gástrica se presenta en sujetos histéricos, neurasténicos ó neurópatas, nace la frecuencia con que se comprueban anestesia faríngea, hiperestesias ó anestesias en zona de amputación, estrechez del campo visual, zonas histeróge-

Digitized by Google

nas, sensación de bola esofágica, y los trastornos convulsivos propios de la histeria; ó cefalea en casco, insomnio, astenia muscular vértigos, pérdida parcial de memoria, y la debilidad considerable de la voluntad, comunes á los neurasténicos; ó las anginas y coriza frecuentes, las jaquecas, neuralgias y dermatosis, que caracterizan á los neuro-artríticos.

Diferenciación general.—Si la hiperestesia es secundaria y se suma á los trastornos ó lesiones de cualquier gastropatía, es siempre muy difícil y muchas veces imposible aquilatar su participación en el sufrimiento; no pudiendo hacerse distinción ni diagnóstico con la dolencia que la suscita.

Sólo cuando es primitiva y constituye con fisonomía propia toda la enfermedad puede y debe ser diferenciada, especialmente, de la epigastralgia, neuralgia intercostal, cardialgia miopática, hambre dolorosa, hiperclorhidria, úlcera simple y gastralgia.

Con la epigastralgia.—La epigastralgia ó exceso de sensibilidad de la piel de la región epigástrica se diferencia con facilidad de la hiperestesia de la mucosa del estómago: por la situación del dolor superficial y circunscrito á la piel en la epigastralgia, comprobándose de modo algo grosero por lo doloroso del pellizcamiento, y de manera más exacta por la medición por estesiómetro; y la falta de relación del dolor con las comidas, evidente en la hiperestesia, que sólo le presenta después de las comidas, cesando con regularidad perfecta á las dos ó tres horas de ellas, é independientemente en la epigastralgia, que le ofrece continuo, ó acomete y desaparece irregularmente sin relación ninguna con las ingestiones alimenticias datos que bastan para diferenciarlas.

Con la neuralgia intercostal.—La neuralgia intercostal, como la hiperestesia gástrica, es frecuente en las neurósicas, anémicas é histéricas.

No permiten confundirlas, sin embargo, la situación del dolor central y epigástrico en la hiperestesia y lateral en la neuralgia, en la que se extiende á manera de semicinturón ó línea que rodea transversalmente la mitad izquierda del tórax las más de las veces y menos la derecha, siguiendo con exactitud el cuarto ó quinto espacio intercostal que corresponde á los nervios raquidianos, con más frecuencia afectos; la falta ó situación epigástrica en la hiperestesia de puntos dolorosos, en tanto son constantes en la neuralgia, y se localizan á lo largo del nervio enfermo; el esternal, en la línea media por encima de los cartílagos condroesternales correspondientes; el medio sobre la línea axilar, y el vertebral en la parte posterior, cerca de las apófisis vertebrales espinosas correspondientes á la neuralgia nerviosa; el momento de aparición del dolor, en constante relación con las comidas en la hiperestesia, y por comple-

Digitized by Google

to independiente en la neuralgia; el tipo doloroso, continuo en la neuralgia é intermitente en la hiperestesia; y últimamente, la duración limitada del sufrimiento en ésta é indefinida en la neuralgia.

Con la cardialgia miopática.—Las mujeres jóvenes sometidas á fatigas exageradas y las histéricas (Briquet) suelen padecer algunas veces dolores musculares de la pared anterior del abdomen, que pueden confundirse con la hiperestesia gástrica por circunscribirse al epigastrio é hipocondrio izquierdo, y difundirse no pocas veces al dorso y región lumbar.

El motivo fundamental para el error es la situación epigástrica del dolor; pero las diferencian sus caracteres y el distinto estado de los músculos.

En efecto: el dolor de la cardialgia puede aumentar en los periodos digestivos; pero es siempre continuo, ocupa mayor extensión y se calma por amasamiento y relajación muscular, provocable adoptando el decúbito supino con elevación de espaldas y tronco; caracteres que contrastan con los ya conocidos del dolor hiperestésico.

De otra parte, la zona miálgica es rara vez central, y las más lateral derecha ó izquierda, tocándose los músculos duros, tensos y contracturados; la sensibilidad de la piel está alterada con frecuencia, siendo anestésica é hiperestésica, y aun algunas veces posee la rara particularidad de ser zona histerógena, por lo que su estimulación es susceptible de dar lugar á ataques de histerismo convulsivo, completos ó abortados. En la hiperestesia, por el contrario, hay relajación constante de los músculos, el dolor es más circunscrito y central, y son más raros los trastornos de la sensibilidad de la piel, datos por los que es posible diferenciarlas.

Con el hambre dolorosa.—En los dispépticos nerviosos, y excepcionalmente en las histéricas, suele observarse algunas veces dolor gástrico cuando el estómago está vacío, con y aun sin sensación de apetito, fenómeno que se conoce con el nombre de hambre dolorosa, y puede ser confundido con la hiperestesia gástrica, sobre todo si se acompaña de calambre doloroso del estómago y salivación exagerada ó vómitos esofágicos, como acontece más rara vez.

Pero el momento de aparición del sufrimiento en relación con las comidas, permite diferenciarlas fácilmente aun entonces, puesto que en el hambre dolorosa se presenta siempre en ayunas ó muchas horas después de haber comido, coincidiendo con la falta de alimentos en el estómago; mientras que en la hiperestesia aparece sólo, por el contrario, inmediatamente después de las comidas.

De aquí que á toda ingestión alimenticia siga de cerca dolor gástrico más ó menos intenso en la hiperestesia, en tanto que cura de modo rápido y completo el debido al hambre.

Digitized by Google

Claro, preciso y sencillo contraste, que basta las más de las ve ces por sí solo, y sin apelar á los otros caracteres, para efectuar e diagnóstico diferencial de ambos afectos.

Con la hiperclorhidria.—No es fácil confundir la hiperclorhidri por su dolor con la hiperestesia; los diferencia la menor intensida y duración que suele tener en ésta, y sobre todo, su momento d presentación, en la hiperestesia casi inmediata á toda ingestión al menticia, y las más de las veces con aparición súbita ó rápida, par cesar dos ó tres horas después de las comidas, justamente cuand suele dar comienzo el de la hiperclorhidria, progresivo, por lo ge neral, en sus molestias, y siempre digestivo.

De aquí que no se presente después de todas y comience de ma nera casi invariable dos ó más horas después de las comidas princ pales, y aun las más veces sólo después de la del medio día, con in tensidad á la clase y condición de los alimentos; en la hiperestesia en cambio, aparece en seguida de todas y sea la que quiera su can tidad y clase.

Con la úlcera simple.—Cuando la úlcera simple presenta com pleta la triada sintomática por que se la caracteriza en la clínica dolor, vómito y hematemesis, es casi imposible confundirla con l hiperestesia, que rara vez da lugar á vómitos y jamás se acompa ña de hematemesis; pero cuando faltan del cuadro ulceroso la he matemesis y aun los vómitos, como sucede con gran frecuencia, sólo puede inducirse su existencia por el dolor, la confusión se hac muy posible y aun muy difícil diferenciarlas, si la úlcera da luga á hiperestesia secundaria, como acontece muchas veces.

La distinción puede, y es menester principalmente, hacerse po los caracteres del dolor; difieren porque en la hiperestesia se pre senta casi en el mismo momento de llegar el alimento al estómag y ponerse en contacto con la mucosa, suscitándole con regularida relativa todos los ingeridos, cualquiera que sea su clase y naturale za; en la úlcera, en cambio, suele ser más continuo, y las comida no hacen más que exacerbar el que ya había; comienza más tardía mente, por lo común de algunos minutos á media hora, y aun má de las tomas de alimento, y pocas veces inmediatamente; y tien como carácter más notorio, seguro y claro, no provocarle todos lo alimentos, sino guardar relación con su clase y condición, ocasio nándola de gran intensidad los toscos, groseros ó irritantes; menc intensos los de menor consistencia, y aun muchas veces no suscitán doles los blandos, convenientes, como la leche y huevos.

Son, además, diferentes en ambos procesos la situación, topogra fía, intensidad é irradiaciones del dolor. En efecto: en la hiperest sia es difuso, se extiende uniformemente á todo el epigastrio, suel alcanzar escasa intensidad y se irradia rara vez á las regiones ve

Digitized by Google

cinas; en tanto que en la úlcera comprende, las más de las veces, todo el epigastrio, aunque siendo mucho más intenso en una pequeña porción, casi siempre la más derecha de la región correspondiente al píloro; tiene mayor intensidad, es paroxístico y le exacerba grandemente la presión, sobre todo al nivel de los puntos dolorosos, ya epigástrico, situado por lo común hacia el píloro, ó vertebral, localizado las más de las veces un poco á la derecha de las últimas apófisis espinosas dorsales ó primeras lumbares, y se irradia á las regiones vecinas, con tanta más frecuencia cuanta mayor es su intensidad.

Se distingue, además, porque la presión exacerba el dolor de la úlcera, mientras calma el de la hiperestesia; y en que el de ésta no se influye por los cambios de posición, ni se alivia por la ingestión de alcalinos, en tanto que el de la úlcera suele mejorarse por la adopción de decúbitos determinados y mitigarse con los alcalinos, y aun menos veces cesar.

Proporcionan también elementos para el diagnóstico las particularidades del sujeto que padece la afección, por ser la úlcera patrimonio casi exclusivo de los hiperclorhídricos, y presentarse con frecuencia en mujeres jóvenes, anémicas ó cloróticas, al comienzo de su vida menstrual; mientras la hiperestesia suele aparecer principalmente en la edad adulta y ser patrimonio de los neurópatas.

El análisis del recogido gástrico, si la hematemesis, la actividad del proceso ó condiciones particulares no contraindican el empleo de la sonda, proporciona datos de gran valor para el diagnóstico diferencial, pues muestra que la hiperclorhidria es lo constante en la úlcera, mientras que en la hiperestesia el quimismo es normal ó casi fisiológico.

Y por último, y concediendo muy escaso valor á su resultado, se podría apelar para diferenciarlas á la compresión de la carótida en uno ú otro lado del cuello, pues afirman que calma el dolor de la ingestión alimenticia debido á la hiperestesia y no modifica el de la úlcera.

Con la gastralgia.—La gastralgia es á la hiperestesia lo que la neuralgia de los nervios periféricos á la hiperestesia cutánea, y tiene clínicamente de común con ella su frecuencia en la mujer, y sobre todo en las anémicas y cloróticas. Pero se diferencia porque el dolor en la hiperestesia se presenta de modo exclusivo y con regularidad, casi inmediatamente después de todas las comidas, mientras que el de la gastralgia sólo aparece irregularmente una vez por día, en cualquier momento de la jornada, en forma de crisis de mucha mayor intensidad y sin relación alguna con las comidas; sencillos contrastes, por los que la diferenciación puede siempre efectuarse de manera fácil y rápida. *(Concluirá.)*

Digitized by Google

LA LUCHA CONTRA EL CANCER UTERINO

POR EL DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

De la Real Academia de Medicina, Profesor de Ginecología en el Instituto Rubio.

Siguiendo el ejemplo de otros ginecólogos alemanes é italianos quienes, muy alarmados por el excesivo número de víctimas qu ocasiona el cáncer de la matriz, han emprendido una activa cam paña de vulgarización para ver de conseguir no sólo mejores resul tados del tratamiento quirúrgico, hoy único positivo, sino tambié evitar en lo posible el desarrollo de tan terrible enfermedad, pro puse hace tiempo á la Sociedad Ginecológica Española que tomas á su cargo cuestión tan importante como es la de dirigir *la luch contra el cáncer uterino.*

Esta Sociedad, celosa de sus prestigios y muy interesada en tod aquello que redunda en beneficio de la mujer y de la ciencia, qu son sus principales fines, nombró una Comisión de su seno para qu redactara el cuestionario que habrá de distribuirse entre todos lo médicos españoles, y las instrucciones necesarias al objeto que s persigue.

En tanto que dicha Comisión cumple su cometido, he creído con veniente anticipar algunos datos deducidos de mi práctica, que pue den servir para excitar el interés de los compañeros en pro de ta humanitario asunto.

No es preciso esforzarse mucho para convencer á todo el mund de la espantosa frecuencia con que se observa el cáncer de la ma triz, y que, de no atajar sus progresos, dentro de pocos años ocasio nará tantas víctimas como la tuberculosis; pues así como en ésta l cifra de mortalidad va descendiendo, gracias á la lucha entablada contra ella en todos los países, la del cáncer uterino aumenta de modo progresivo por multitud de causas que luego he de enumera y contra las cuales debemos prevenirnos.

Fijémonos sólo en el número de enfermas inscritas en el Regis tro de mi consulta pública del Instituto Rubio durante un quinque nio: de 1.º de Octubre de 1898 á 1.º de Octubre de 1903.

Enfermas registradas.....	3.500
De éstas eran cancerosas.....	253, ó sea el 10,12 por 100.

CANCEROSAS SEGÚN LA EDAD

De 20 á 30 años.....	7
» 30 á 40 »	56
» 40 á 50 »	104
» 50 á 60 »	64
» 60 á 70 »	20
» 70 á 80 »	2
Total.....	253

Digitized by Google

LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER

Cánceres del cuello	227
» del cuerpo	26
Total	253

De los 26 *cavitarios*, lo fueron:

En pluríparas	17
» nulíparas	9

De los 227 *del cuello*:

En pluríparas	197
» nulíparas	30
Total	253

De las 253 enfermas cancerosas, sólo estuvieron en condiciones de sufrir la operación radical 17, ó sea el 6,71 por 100; habiendo practicado en 13 la histerectomía vaginal, y en 4 la abdominal con exéresis regional ó vaciamiento pélvico.

Como más adelante publico la estadística completa de mis operaciones por cáncer uterino, de ella puede deducirse el resultado conseguido con los medios quirúrgicos y el que indudablemente se obtendrá en lo sucesivo, si procuramos llevar al ánimo de todos, enfermas y médicos, el convencimiento de la localización y curabilidad de este padecimiento.

A pesar de los progresos de la ciencia y de las tentativas numerosas de laboratorio, la causa del cáncer sigue siendo completamente desconocida: ni la teoría embriogénica de Cohnheim; ni la del desprendimiento epitelial por proliferación activa de las células de tejido conjuntivo, defendida por Ribbert; ni la parasitaria, en sus distintas fases (bacilo canceroso de Scheuerlen, coccidias de Adamkiewicz y Pfeiffer, blastomicetos de Léopold, micrococcus neoformans de Doyen), tienen la garantía necesaria para ser admitidas, porque además de carecer del fundamento experimental que explique todos los hechos, hasta el presente no han recibido tampoco la sanción clínica.

Queda, pues, la etiología del cáncer reducida á las circunstancias predisponentes que favorecen la proliferación epitelial atípica. Entre éstas encontramos: la herencia, á la cual concedo muy poco valor, pues investigada en todas las enfermas, apenas si llego á determinarla en el 6 por 100 de las cancerosas; la edad, cuyo influjo reconocen todos los ginecólogos y demuestran todas las estadísticas, siendo en la mía, como en las de otros, de cuarenta á cincuenta años la época en que mayor número de mujeres se hacen cancerosas; el trauma, que es una causa predisponente de mucha impor-

Digitized by Google

tancia, como he tenido ocasión de comprobar con frecuencia, á t
punto que en la clínica y ante mis discípulos doy el nombre de ep
teliomas traumáticos á los que se presentan primitivamente en
fondo vaginal posterior, coincidiendo con el catarro uterino senil,
aun á algunos epiteliomas cervicales que se desarrollan sobre un
eversión crónica, cuya lesión tiene para mí grandísima influenc
en el desarrollo del cáncer del cuello; pues algunas veces me h
sido posible sorprender el comienzo de un epitelioma en una eve
sión crónica con catarro cervical, cuyas preparaciones histológica
conservo, habiendo curado radicalmente las enfermas con la exti
pación alta del cuello.

Es además tan fácil la confusión de un epitelioma con una eve
sión en determinadas ocasiones, que sólo el análisis histológico d
algún pequeño trozo de tejido puede desvanecer la duda. Basta p
sar la vista por las cifras que anteceden para comprender de qu
modo puede obrar el trauma sobre el útero, predisponiendo al de
arrollo del cáncer de este órgano: por el parto, durante el cual s
producen dislaceraciones en el tejido del cuello; por el aborto, crea
do alteraciones en el epitelio de la mucosa uterina, estados subi
volutivos, retenciones de elementos fetales capaces de modificar
biología celular en el sentido de la malignidad; por las maniobras
las intervenciones instrumentales en los partos distócicos con lesió
de tejidos; por el mismo embarazo, que imprime cambios profund
en los elementos anatómicos y en la nutrición de todo el apara
genital, favoreciendo la degeneración anaplásica y su rápida pr
pagación.

Claro es que sobre todas estas causas predisponentes existe u
fondo general orgánico que explica el por qué de la diversidad d
acción de las mismas en estas ó aquellas mujeres, aunque sean m
chas las que hayan estado sometidas á su influencia, presentándo
en unas el cáncer, y no en las otras.

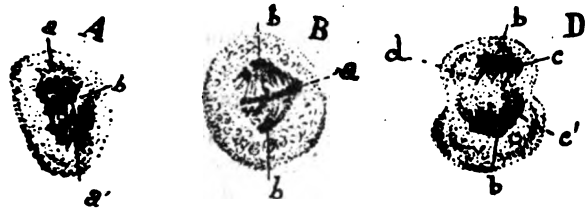
¿Será tal vez esa asfixia lenta de los tejidos llamada artritism
que, trastornando el metabolismo celular, acumula sobre cada el
mento un exceso de materiales nutritivos, dando lugar, en defini
va, á la hipernutrición celular, seguida de la degeneración ó de
atrofia, como piensa el Dr. de Backer?

Es un hecho de observación que el cáncer uterino se presenta c
preferencia y evoluciona con más rapidez en las mujeres obesas, e
aquellas cuya nutrición está pervertida y en las cuales la oxidaci
de cada célula es imperfecta ó no se verifica; en estas enfermas c
tejidos infiltrados, de exuberante circulación linfática, son tam
bién más fáciles las trombosis celulares, las metástasis y las repr
ducciones.

Cuando se estudia histológicamente el cáncer, llama desde lueg

Digitized by Google

la atención que los fenómenos principales de proliferación celular tienen lugar en el núcleo, cuya cromatina sufre cambios notables. Unas veces se forma el diáster, como en *A*, acumulándose la sustancia cromática en los polos *a*, *a'*, unidos por los filamentos acromáticos *b*, poco perceptibles; otras veces se producen mitosis multipolares, que representan una división anormal del núcleo, como en *B*, agrupándose la cromatina circularmente alrededor del huso *a*, pero dirigiéndose determinado número de filamentos cromáticos á los po-



los *b*, *b'*. En ocasiones, y momentos antes de la segmentación celular, la cromatina acumulada en los dos extremos *c*, *c'* de la célula *D* adopta una disposición dentada, de lo que resulta que se cargan de cromatina algunos filamentos acromáticos *d*.

Una de las alteraciones más importantes que ocurren en la célula epitelial después de su transformación carcinomatosa consiste en un aumento de la cromatina en ella contenida.

Hasta tal punto es característico, que la coloración intensa del núcleo no deja duda acerca de la malignidad del tumor, sobre todo porque va acompañada de un aumento relativo en el tamaño de la célula, muy especialmente cuando ha desaparecido toda traza de célula normal en las proximidades y cuando las masas de protoplasma de la neoplasia forman tubos á través del estroma cervical, encontrándose grandes é irregulares masas de cromatina correspondiendo con ellos. A veces, al lado de una célula gigante con numerosos núcleos, y como adherida á ella, se encuentra una faja más ó menos gruesa de cromatina intensamente coloreada, y que no es otra cosa más que el resultado de una destrucción nuclear. Los estudios de Amann acerca de las células mitósicas y no mitósicas también han demostrado que las principales alteraciones radican en el núcleo, cuya degeneración trae consigo grandes cambios en la cromatina; parece, pues, que en el desarrollo del cáncer tenga gran influencia la biología nuclear, hoy desconocida, y que sea el núcleo celular el *punctum saliens* contra el cual hayan de dirigirse los agentes de combate. Así lo ha comprendido también mi amigo el reputado cirujano del Hospital General Dr. Ortiz de la Torre, quien ensaya actualmente contra el cáncer, y al parecer con buen resul-

Digitized by Google

tado, un tratamiento cuya acción va dirigida principalmente
núcleo.

Si no es nuevo el remedio, puesto que ya hace mucho tiempo
emplearon y se dejaron la pioctanina y otras sustancias colorante
lo es, en cambio, el procedimiento y también la idea que sirve
fundamento al mismo.

Que el cáncer uterino es una enfermedad *curable* lo prueban l
casos, raros en verdad, pero auténticos, en que no se ha reproduc
do después de diez, quince, veinte y aun veinticinco años de oper
dos, pues si es cierto que no garantiza la curación la falta de rec
diva al cabo de los tres años, como afirmaba Wolkmann; ni de cu
tro, como quería Rieffel; ni aun de cinco, como indica Winter, po
que todos hemos visto reproducciones después de siete, ocho y au
diez años, como se demuestra en mi estadística: una supervivenci
de más de diez años puede considerarse como una curación.

Para obtener ésta es preciso que el diagnóstico sea precoz y
extirpación pronta y lo más completa posible.

Por desgracia, en España todavía nos falta mucho para llegar
este *desideratum*.

A pesar de la reforma acometida en nuestras costumbres desd
hace veinte años con la creación de numerosas consultas públic
en las grandes capitales, medio que ha contribuído á la ilustració
de la mujer en cuanto se refiere á la patología sexual, obligándol
á fijar su atención en trastornos que antes pasaban para ella ina
vertidos, y á reclamar para ellos los auxilios de la ciencia, sin
recato que en tiempos anteriores le vedaba el enunciarlos siquier
á pesar de todo, repito, son muchísimas las enfermas que abandona
por falsos conceptos los primeros períodos de tan terrible padeci
miento, y no se dan cuenta de su estado hasta que ha producido t
les estragos en su organismo que las inhabilita para la vida socia
haciendo inútil toda terapéutica.

Pero no son solamente las enfermas las culpables de este aban
dono, sino también, y muy principalmente, los médicos, que ni s
fijan en lesiones del aparato genital, fácilmente reparables y qu
pueden ser causas predisponentes para el desarrollo del cáncer, n
procuran diagnosticar pronto este padecimiento, ni en los casos du
dosos inclinan el ánimo de las enfermas á buscar mejor consejo e
personas especialmente dedicadas á estos estudios, cuando no hace
otra cosa peor, y es perder el tiempo con tópicos inútiles, si no per
judiciales, para concluir por aconsejar á la infeliz cancerosa un via
je en busca de un cirujano que le extirpe la matriz precisamente e
el período en que toda intervención radical está contraindicada. Es
tos son los resultados que tocamos en la práctica todos los ginecólo
gos, y de ahí la exigua cifra de operabilidad, el 6,71 por 100, qu

Digitized by Google

acusa la estadística entre las 253 enfermas cancerosas de un quinquenio de mi consulta del Instituto Rubio.

¿Es, por ventura, tan difícil el diagnóstico precoz del cáncer uterino? Tratándose del cáncer del cuello es casi siempre fácil, pues basta el dedo, en la generalidad de los casos, para apreciar las modificaciones anatómicas que á la porción vaginal imprime cada una de las formas que reviste el padecimiento, y que no he de describir por hallarse consignadas en las obras que todos manejamos. Y aun en los casos dudosos (y éstos son los de eversión inflamatoria crónica por rasgadura, que pueden confundirse con el epitelioma excrecente en sus comienzos; los de metritis cervical quística, que simulan la forma pavimentosa; los de ulceraciones específicas ó tuberculosas, que tienen cierta semejanza con la forma corrosiva, etc.) se debe pensar en lo peor y pedir consejo á profesor más competente en la materia, si no nos es fácil practicar análisis histológicos de una pequeña porción extraída con la uña ó con la cucharilla. Esperar para hacer el diagnóstico á que en las enfermas se presente lo que Chauser llama el trípode del cáncer uterino «las metrorragias, el flujo icoroso y el dolor», es condenarlas á la muerte ó exponerlas á ella por error de juicio, pues á pesar de tales síntomas puede no tratarse de un cáncer.

Más difícil suele ser el diagnóstico del cáncer cuando radica en el cuerpo de la matriz, es decir, cuando es cavitario, pues entonces el dedo, poco habituado á los reconocimientos, puede no apreciar algunos detalles que llevan con seguridad al conocimiento de la dolencia, no obstante las apariencias de normalidad que ofrece el útero.

En efecto: en estos casos, ni el tacto ni la inspección ocular revelan en el cuello la menor alteración; la mujer no tiene dolores, ni flujo icoroso, ni grandes hemorragias; ha llegado á la menopausia, y después de varios años de ausencia de regla se ve sorprendida por algunas manchas de sangre, que vienen á constituir un goteo casi constante, mezcla de flujo seroso y sanguíneo. Si no se practica el tacto combinado con la palpación abdominal, ni se introduce la cucharilla dentro del útero, difícilmente se podrá hacer el diagnóstico del cáncer glandular ó de un adenoma.

El aumento de volumen y el reblandecimiento de la matriz y la sensación tomentosa que acusa la cucharilla, á la vez que los granos compactos, friables y como granujientos que en abundancia escurren de la cavidad al retirar el instrumento, nos ponen desde luego en la pista del verdadero diagnóstico, una vez conocidos también los datos de la edad y de la historia menstrual.

No basta, sin embargo, que el médico haga el diagnóstico de cáncer, sino que es preciso se habitúe á conocer el grado de limita-

Digitized by Google

ción para que el tratamiento sea eficaz. Para ello, y con todas las precauciones posibles á fin de evitar grandes molestias á las enfermas, procurará practicar el tacto vaginal lo más profundamente que le sea dable, combinándole con la palpación para cerciorarse de la movilidad de la matriz; si se trata de un epitelioma excrecente aunque sea muy voluminoso, tendrá en cuenta que tarda mucho en propagarse al parénquima del cuerpo uterino, y que, por lo tanto por encima de la gran masa fungosa que llena el conducto vaginal puede existir una porción de cuello resistente y dura, á modo de pedículo, cuyas inserciones vaginales estén sanas, siendo el caso susceptible de ser operado con garantías de gran supervivencia. Con el tacto rectal rectificará estos juicios (y es un medio mucho más seguro de apreciar la limitación y la movilidad), cerciorándose de que no existe infiltración en los parametrios, localización primera de la propagación del cáncer del cuello. No se debe olvidar que también es invadida muy pronto la vagina en el cáncer de esta región.

Una vez diagnosticado el cáncer y comprobada del mejor modo su limitación, ¿qué tratamiento se debe emplear? Como hasta la fecha no se conoce ninguno más positivo que el quirúrgico, éste deberá aconsejarse desde luego á las enfermas.

Pero antes quiero decir algo de lo que pudiéramos llamar *tratamiento preventivo*, porque guarda estrecha relación con la finalidad que perseguimos y tiene gran interés para *la lucha contra el cáncer uterino.*

Deben todos los médicos trabajar por que la mujer que se quej de algún trastorno, por insignificante que sea, en su aparato genital ó en las funciones que á éste están encomendadas, se deje reconocer; y en el momento que este examen revele alguna lesión, ya sea traumática, ya infecciosa, se tratará de combatir, bien por curas tópicas, ya por pequeñas operaciones, á fin de restituir á la normalidad las partes lesionadas. Este es el mejor servicio que pueden prestar los médicos á sus clientes, á fin de sorprender el comienzo del cáncer, prestándose ellos gustosos á verificar cuantos reconocimientos sean necesarios, pues para esto no hace falta disponer de mucho instrumental, acudiendo á otro profesor si se carece de medios para hacerlo ó en el caso de tener que practicar alguna intervención quirúrgica que se crea indicada.

Sin caer en la exageración de algunos ginecólogos americanos que encuentran en las cicatrices de toda rasgadura del cuello uterino determinada durante el parto un motivo de estímulo que despierta la proliferación anaplásica del epitelio cervical, llegando, por consiguiente, á convertirse en una causa predisponente del cáncer de dicha región, deben, no obstante, corregirse tales lesiones, po

Digitized by Google

que ellas motivan trastornos en la mucosa y en el parénquima del cuello, que á veces adquieren un carácter maligno. Y practicadas las pequeñas operaciones restauradoras que ellas exigen, se evita una cicatriz viciosa, un catarro cervical, una eversión, que constituyen terreno abonado para cualquier proceso de proliferación celular atípica.

Puesto que el mayor número de cancerosas lo son de los cuarenta á los cincuenta años, según se deduce de todas las estadísticas, sería muy conveniente inclinar el ánimo de toda mujer que se encuentra próxima á esta edad crítica á hacerse reconocer con alguna frecuencia por su médico, para sorprender de este modo la iniciación de cualquier proceso neoplásico.

Hasta se ha llegado por algún profesor (Paoli, de Perusa) á proponer la histerectomía vaginal, á título de preventiva, en los casos siguientes:

Cuando la mujer que tiene antecedentes hereditarios cancerosos presenta gran debilidad del tejido uterino y ulceraciones crónicas del cuello; cuando estas ulceraciones recidivan, á pesar del tratamiento ordinario, en las mujeres que se hallan próximas á la menopausia; ó si después de esta época se presentan hemorragias uterinas graves, aunque no existan alteraciones aparentes.

Teniendo en cuenta la facilidad con que se transforma una proliferación epitelial benigna en maligna, hasta el punto que, tratándose del cáncer glandular, considero las distintas formas como gradaciones de un mismo proceso, á partir de la simple endometritis hiperplásica de la menopausia, casi podríamos aceptar como buenas las ideas del profesor Paoli.

Planteado ya el problema terapéutico en vista del diagnóstico del cáncer, ¿con qué medios contamos hoy para su curación?

Descartados por ineficaces todos los farmacológicos, los sueros, los fermentos, los jugos glandulares, la radioterapia, que, además, es peligrosa en ocasiones, y esperando otra solución más favorable, no nos queda más recurso que la Cirugía; y tratándose del cáncer uterino, los dos procedimientos que hoy se disputan la preferencia son: la *histerectomía vaginal* y la *histerectomía abdominal con exéresis regional ó vaciamiento pélvico.*

No quiero ocuparme de todos los incidentes que en Academias, Congresos, libros y revistas ha suscitado la cuestión, que aún sigue sobre el tapete, ni he de exponer las opiniones de los partidarios de uno y otro procedimiento. Cuando hayan transcurrido diez años, será posible juzgar con conocimiento de causa del valor real de ambas operaciones, por sus resultados inmediatos y tardíos. Razones poderosas se aducen en pro y en contra. Por el momento, he de limitarme á exponer lo que se deduce de mi práctica particular.

Digitized by Google

Analizando mi estadística de histerectomías vaginales, resulta que de 64 enfermas operadas en diez y siete años, ó sea desde Octubre de 1887 á igual mes de 1904, viven en la actualidad 13.

Después de 14 años	1
» de 13 »	2
» de 11 »	2
» de 9 »	1
» de 7 »	1
» de 6 »	1
» de 3 »	2
» de 23 meses	2
» de 11 »	1
Total	13

Vivían en 1898, época de mi último trabajo sobre este asunto, otras once operadas, cuyo estado actual ignoro, así como la fecha de la reproducción en otras tres, que llegaron á alcanzar una supervivencia de nueve años.

Las enfermas números 4 y 14 murieron por reproducción á los diez años de operadas.

De las 37 muertes que se consignan en la estadística, han sido:

Inmediatas á la operación	10	Por infección peritoneal	6
		» oclusión intestinal	3
		» uremia aguda	1
		Total	10
Por nefritis crónica	1		
» fiebre tifoidea	1		
» reproducción del cáncer	25		
Total	37		

Estas 25 reproducciones han tenido lugar:

A los 10 años de la operación	2
» 6 » » »	1
» 45 meses » »	1
» 3 años » »	2
» 2 » » »	2
» 16 meses » »	2
» 14 » » »	3
» 12 » » »	2
» 11 » » »	2
» 9 » » »	2
» 8 » » »	2
» 7 » » »	1
» 5 » » »	2
» 4 » » »	1
Total	25

Digitized by Google

Las reproducciones han tenido lugar, ó en la misma cicatriz vaginal por la formación de un pequeño nódulo epitelial que se ulcera y se hace excrecente á la vez que se infiltra en los tejidos pelvianos, ó en los linfáticos de la excavación por trombosis epiteliales que dan lugar á placas induradas del tejido celular, las cuales se hacen pronto difusas, determinando estancaciones en los ganglios de la pelvis y sofocando vasos y nervios hasta el punto de ocasionar el edema de las extremidades, compresiones dolorosas, alteraciones renales y, por último, la muerte.

Los injertos epiteliales que en el momento de la operación pueden quedar abandonados en la herida vaginal ó en el mismo tejido celular, proliferan rápidamente en las mujeres obesas, de exuberante circulación linfática; y en enfermas de esta clase he observado dos veces la aparición de un injerto en el tercio inferior de la vagina después de la histerectomía, cuando toda la cicatriz y la mitad superior del conducto vaginal estaban libres de reproducción.

Aunque no se puede negar el papel importante de los ganglios pelvianos en la propagación y reproducción del cáncer, tanto del cuello como del cuerpo de la matriz, éstas son con más frecuencia locales y tienen lugar primitivamente en el parametrio, invadiendo rápidamente todo el ligamento; y precisamente en el estado de los ligamentos anchos debemos encontrar la indicación ó contraindicación de la histerectomía vaginal, con cuya operación he obtenido resultados bastante satisfactorios en los casos de cáncer cervical poco avanzado y cuando dichos ligamentos estaban flexibles, sin infiltración apreciable al tacto rectal, y gozando la matriz de gran movilidad. Así han podido gozar de una perfecta salud, que se mantiene después de once, trece y catorce años después de operadas, las enfermas números 29, 32, 25, 27 y 21 de mi estadística.

Poco debemos prometernos, en cambio, de la histerectomía vaginal cuando el cáncer se encuentra en un período más avanzado y se aprecia alguna infiltración en uno ó en ambos ligamentos, sobre todo si no hay en la historia de la enferma antecedentes de inflamaciones pelvianas que puedan haber dejado induración en el tejido celular ó en los repliegues serosos. Para estos casos tiene perfecta indicación la histerectomía abdominal con exéresis lo más completa posible de los tejidos sospechosos; y también la preferimos tratándose de enfermas con vagina muy estrecha, aunque la limitación sea aparente, en los casos de cáncer cavitario y en los de cáncer corrosivo cuando el tejido uterino no tiene resistencia á la tracción con las pinzas de gancho.

Son pocos los casos de histerectomía abdominal por mí operados con exéresis regional ó vaciamiento para sacar deducciones; mucho

Digitized by Google

menos no habiendo practicado en todos, por dificultades de servi cio, el análisis histológico de los ganglios extirpados y aun del tejido parametral, á semejanza de lo realizado por Kundrat; pero desde luego me permiten estas operaciones asegurar que, aparte la mayor gravedad de la intervención por la vía abdominal en los casos de cáncer uterino, aun cuando hasta la fecha no haya sido de los me nos favorecidos por la suerte, la histerectomía abdominal con exére sis regional, hágase ésta por cualquiera de los procedimientos (Ries Werder, Jacobs, Peiser, Wertheim, Krönig, Jonnesco, Amann Mackenrodt, Phenomenow), dista mucho de ser radical, por no se posible la completa extirpación de todo el tejido celular pelviano con sus linfáticos y sus ganglios, so pena de sacrificar órganos impor tantes para la vida. Y cuando tratamos de apurar la disección no exponemos á producir lesiones cuya reparación obliga á prolonga el acto operatorio, con grave perjuicio de la enferma, agotada por l general á causa de anteriores y repetidas hemorragias.

De los 7 casos de histerectomía abdominal con vaciamiento pél vico ó exéresis lo más completa posible, sólo he tenido que lamenta una defunción post-operatoria. Quedó el nervio obturador dere cho completamente aislado y comprimido por la gasa del desagüe al sacarla al cuarto día, la operada sintió agudísimos dolores segui dos de una excitación casi tetánica y de fiebre, en cuyo estado fa lleció.

Viven actualmente 5.

Después de 2 ½ años	2
» 1 ½ »	2
» 4 meses	1
Total	5

En otra se reprodujo á los ocho meses.

El tiempo es el único que ha de demostrar las ventajas de la his terectomía abdominal sobre la vaginal, precisando más las indica ciones, hoy muy discutidas entre los ginecólogos, de un recurso qu rúrgico que entraña suma gravedad, aunque, como dice elocuente mente J. L. Faure, siendo tan terrible enfermedad el cáncer uter no, «no hay para combatirlo intervención demasiado grave ni de masiado peligrosa; en tanto que podamos entrever la esperanza d un éxito posible, debemos elevar nuestros actos á la altura de la circunstancias y no desmayar ante el temor de una catástrofe que tratándose de nosotros mismos, nos parecería á todos como una so lución bienhechora».

Diagnóstico precoz; operación pronta y lo más completa posible Tal debe ser nuestro ideal, y en este sentido hay que emprender l lucha contra el cáncer uterino.

Digitized by Google

Histerectomias vaginales por cáncer.

Número de orden.	NOMBRE. EDAD. ESTADO. LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER	FECHA DE LA OPERACIÓN	ESTADO ACTUAL	FECHA DEL FALLECIMIENTO
1	L. Bartolomé, 40 años. Casada. Nulípara. — Cáncer limitado del cuello.	24 Octubre 1887.	Desconocido. Último reconocimiento en 1894, y estaba bien.	»
2	M. González, 60 años. Casada. Pluripara.— Cáncer del cuello con infiltración parametral.	14 Noviembre 1887.	»	16 Noviembre 1887. Peritonitis séptica.
3	M. Seña, 40 años. Casada. Pluripara.— Cáncer difuso.	24 Enero 1888.	»	20 Octubre 1888. Reproducción.
4	R. Ambite, 33 años. Viuda. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello. — Induración inflamatoria de los parametrios.	15 Febrero 1888.	»	16 Mayo 1889. Reproducción.
5	A. Pastrana, 43 años. Casada. Pluripara.— Cáncer del cuello con infiltración en el parametrio izquierdo.	15 Marzo 1888.	»	Enero de 1891. Reproducción.
6	M. Díaz, 31 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración en los parametrios.	18 Junio 1888.	»	6 Mayo 1890. Reproducción.
7	J. López, 42 años. Casada. Pluripara.—Cáncer difuso con infiltración parametral.	4 Julio 1888.	»	9 Noviembre 1888. Reproducción.
8	P. Cabrero, 43 años. Viuda. Pluripara.— Cáncer difuso.	10 Octubre 1888.	»	Diciembre de 1891. En Mayo de 1890 se le extirpó y cauterizó un nódulo de la cicatriz vaginal. Reproducción.
9	V. Castro, 43 años. Casada. Pluripara.— Cáncer del cuello.	11 Octubre 1888.	»	16 Octubre 1888. Septicemia peritoneal.
10	L. López, 46 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello.	21 Enero 1889.	»	25 Enero 1889. Septicemia peritoneal.
11	V. Paulé, 52 años. Soltera. Pluripara.— Cáncer limitado del cuello.	5 Abril 1889.	»	6 Febrero 1891. Reproducción.
12	C. Sevilla, 44 años. Casada. Pluripara.— Cáncer del cuello con infiltración en el parametrio derecho.	8 Mayo 1889.	Desconocido. Vivía en 1898.	»
13	M. Rojo, 38 años. Casada. Pluripara.— Cáncer limitado del cuello.	22 Mayo 1889.	Desconocido. Vivía en 1898.	»
14	C. Díaz, 44 años. Casada. Pluripara.— Cáncer limitado del cuello.	18 Junio 1889.	»	Mayo de 1900. Reproducción.
15	J. García, 48 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración en los parametrios.	2 Julio 1889.	»	Diciembre de 1892. Reproducción.

Digitized by Google

Número de orden.	NOMBRE. EDAD. ESTADO. LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER	FECHA DE LA OPERACIÓN	ESTADO ACTUAL	FECHA DEL FALLECIMIENTO
16	R. Fernández, 38 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con ligera infiltración.	16 Octubre 1889.	»	17 Octubre 1889. Uremia aguda.
17	L. Montoya, 35 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	31 Octubre 1890.	Desconocido. Vivía en 1898.	»
18	I. S. José, 29 años. Casada. Pluripara.-Cáncer limitado del cuello.	12 Noviembre 1890.	Desconocido. Vivía en 1898.	»
19	C. Chavanny, 40 años. Casada. Nulipara.—Cáncer del cuello con infiltración de los parametrios.	11 Febrero 1891.	»	Noviembre de 1892. Reproducción.
20	E. Piñuelas, 44 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración de los parametrios.	17 Febrero 1891.	»	12 Junio 1892. Uremia.
21	N. Emeterio, 45 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	22 Febrero 1891.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
22	C. Parra, 46 años. Casada. Pluripara.—Cáncer difuso.	27 Mayo 1891.	»	Agosto de 1897. Reproducción.
23	B. Marchamalo, 44 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello.	9 Octubre 1891.	Desconocido.	»
24	F. García, 48 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración de los parametrios.	5 Febrero 1892.	»	Julio de 1892. Reproducción en la misma cicatriz.
25	V. Ugarriza, 42 años. Viuda. Unipara.—Cáncer limitado del cuello.	30 Abril 1892.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
26	J. Rodrigo, 40 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	12 Octubre 1892.	Desconocido. Seguía bien en 1898.	»
27	M. de Méritos, 39 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	5 Diciembre 1892.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
28	P. Humanes, 38 años. Soltera. Pluripara.—Cáncer difuso.	16 Octubre 1893.	»	20 Octubre 1893. Septicemia peritoneal.
29	C. Ruiz, 35 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	26 Enero 1894.	Sigue perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
30	A. Muñoz, 48 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	2 Julio 1894.	»	Marzo de 1895. Reproducción.
31	M. Corchero, 30 años. Casada. Nulipara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	26 Octubre 1894.	»	Julio de 1895. Reproducción.
32	M. Moraques, 39 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	5 Noviembre 1894.	Sigue perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
33	M. Angulo, 45 años. Casada. Nulipara.—Cáncer limitado del cuello.	11 Febrero 1895.	Desconocido. Seguía bien en 1898.	»

Digitized by Google

Números de orden.	NOMBRE. EDAD. ESTADO. LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER	FECHA DE LA OPERACIÓN	ESTADO ACTUAL	FECHA DEL FALLECIMIENTO
34	T. Gonzalo, 40 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	5 Abril 1895.	Desconocido.	»
35	S. de Arahueter, 45 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	24 Abril 1895.	»	28 Abril 1895. Obstrucción intestinal.
36	I. Sansalvador, 45 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	4 Junio 1895.	»	9 Junio 1895. Obstrucción intestinal por infección.
37	C. Arana, 37 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración de ambos ligamentos anchos.	21 Octubre 1895.	»	Marzo de 1896. Reproducción.
38	C. Pérez, 36 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	30 Octubre 1895.	»	Mayo de 1896. Reproducción.
39	A. Bornás, 40 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración.	6 Mayo 1896.	»	10 Mayo 1896. Obstrucción intestinal por infección.
40	M. López, 48 años. Casada. Nulipara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	12 Octubre 1896.	»	Febrero de 1898. Reproducción.
41	E. Bocherini, 34 años. Casada. Nulipara.—Cáncer limitado del cuello.	16 Diciembre 1896.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
42	C. Pérez de Montilla, 35 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello infiltrado.	24 Diciembre 1896.	»	Septiembre de 1897. Reproducción.
43	B. Tejedor, 47 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	27 Abril 1897.	»	Octubre de 1898. Reproducción.
44	E. Mocoroa, 54 años. Viuda. Pluripara.—Cáncer del cuerpo.	28 Noviembre 1897.	»	Febrero de 1898 Fiebre tifoidea.
45	A. García Aguilar, 56 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello.	29 Diciembre 1897.	Desconocido. Seguía bien en Mayo de 1898.	»
46	G. García, 44 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	8 Enero 1898.	Desconocido.	»
47	A. Baeza, 38 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	2 Mayo 1898.	»	Enero de 1902. Reproducción.
48	M. García, 42 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	9 Mayo 1898.	Desconocido.	»
49	M. Cabrera, 39 años. Casada. Pluripara.—Cáncer limitado del cuello.	20 Diciembre 1898.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
50	A. Leal Pacheco, 50 años. Viuda. Pluripara.—Cáncer del cuello.	9 Mayo 1899.	Según noticias de la familia, continúa bien.	»

Digitized by Google

Número de orden.	NOMBRE, EDAD, ESTADO. LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER	FECHA DE LA OPERACIÓN	ESTADO ACTUAL	FECHA DEL FALLECIMIENTO
51	S. Almodóvar, 44 años. Casada. Nulípara.—Cáncer con infiltración parametral.	15 Diciembre 1900.	»	Diciembre de 190 Reproducción.
52	D. Valle, 46 años. Casada. Pluripara.—Cáncer difuso.	19 Mayo 1901.	»	21 Mayo 1901. Infe ción peritoneal
53	M. Cernuda, 42 años. Casada. Pluripara.—Cáncer del cuello con infiltración del parametrio izquierdo.	1.° Febrero 1902.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
54	C. Echevarría, 50 años. Casada. Pluripara.—Cáncer difuso.	11 Marzo 1902.	»	Mayo de 1903. R producción.
55	Alejandra Pizarro, 38 años. Casada. Pluripara. — Cáncer del cuello con ligera infiltración del parametrio derecho.	13 Mayo 1902.	Desconocido.	»
56	N. González, 48 años. Casada. Nulípara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	25 Junio 1902.	»	Octubre de 1903. R producción.
57	A. Alvarez, 42 años. Casada. Multipara.—Cáncer limitado del cuello.	9 Octubre 1902.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
58	D. Briones, 40 años. Casada. Multipara.—Cáncer del cuello con infiltración del parametrio izquierdo.	8 Noviembre 1902.	»	Octubre de 1903. R producción.
59	M. Duarte, 43 años. Casada. Multipara.—Cáncer del cuello con infiltración parametral.	4 Abril 1903.	»	Marzo de 1904. R producción.
60	C. Ranz, 39 años. Casada. Multipara.—Cáncer del cuello con ligera infiltración del parametrio derecho.	13 Octubre 1903.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»
61	T. González, 46 años. Casada. Multipara.—Cáncer del cuello con infiltración en el parametrio izquierdo.	20 Octubre 1903.	Desconocido.	»
62	T. Soto, 45 años. Casada. Nulipara.—Cáncer del cuerpo, al parecer limitado.	31 Octubre 1903.	Continúa perfectamente.	»
63	L. Sánchez, 47 años. Casada. Unipara. — Cáncer del cuello con gran infiltración parametral.	22 Junio 1904.	»	28 Junio 1904. Inf ción peritoneal
64	M. Ruiz Martínez, 39 años. Casada. Multipara. — Cáncer del cuello con ligera infiltración del parametrio izquierdo.	8 Octubre 1904.	Continúa perfectamente. Cicatriz lisa. Tejidos pelvianos flexibles.	»

Digitized by Google

Histerectomias abdominales por cáncer, con exéresis regional.

Número de orden.	NOMBRE. EDAD. ESTADO. EXTENSIÓN DE LAS LESIONES	FECHA DE LA OPERACIÓN	ESTADO ACTUAL	FECHA DEL FALLECIMIENTO
1	C. Ponce, 40 años. Viuda. Pluripara.—Epitelioma exerecente voluminoso. Infiltración parametral, más extensa en el lado derecho. Tres ganglios iliacos del lado derecho cancerosos.	31 Diciembre 1902. Pequeñas perforaciones de la vejiga y del recto, que se suturaron inmediatamente.	Muy bueno. No hay indicios de reproducción.	»
2	I. Santa María, 42 años. Casada. Pluripara.—Epitelioma excrecente del labio posterior, que invade la inserción vaginal. Infiltración parametral, sobre todo en el lado izquierdo. Tres ganglios iliacos gruesos de este lado.	14 Enero 1903. Hemorragia consecutiva por desprendimiento de la ligadura de la uterina izquierda. Ligadura de las hipogástricas.	Muy bien. No hay indicios de reproducción.	»
3	J. Gómez. 34 años. Casada. Nulipara. — Epitelioma excrecente del cuello. Infiltración parametral. En el lado derecho, nueve ganglios iliacos é isquiáticos. En el lado izquierdo, tres ganglios iliacos cancerosos. El obturador derecho pesó tres gramos. Dos lumbares.	20 Mayo 1903.	»	23 Mayo 1903. Infección de la forma que se detalla en la historia.
4	C. Soriano, 47 años. Casada. Pluripara.—Epitelioma excrecente del cuello con invasión de la vagina. Estado caquéctico. Seis ganglios iliacos con carácter canceroso.	3 Julio 1903.		Febrero de 1904. Reproducción en la misma herida vaginal.
5	C. Correa, 45 años. Soltera. Nulipara.—Epitelioma glandular del cuerpo uterino. No había ganglios afectados. Infiltración del parénquima. Un año antes se le había hecho el raspado.	29 Marzo 1904.	Continúa perfectamente.	»
6	H. Pérez, 38 años. Viuda. Pluripara.—Epitelioma excrecente voluminoso del cuello. Infiltración del parametrio izquierdo. Cinco ganglios infiltrados en este lado y tres en el derecho de la pelvis.	16 Enero 1904. Perforación del recto, que se operó el 23 de Marzo del mismo año.	Desconocido en cuanto á reproducción, pero vive.	»
7	J. Basañer, 30 años. Casada. Pluripara.—Epitelioma excrecente del cuello con infiltración del parametrio izquierdo. No hay ganglios.	17 Mayo 1905.	Continúa perfectamente.	»

Digitized by Google

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE RECLAMAN LAS GASTROPATÍAS (1)

POR EL DR. JOSÉ GONZÁLEZ CAMPO

Médico, por oposición, de la Beneficencia Municipal; C. de las Reales Academias de Medicina de Madrid y Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

Por el fuero, que no por el huevo, sostuvieron agitadas y reñida contiendas hombres de otra edad; y en la presente, no por mal em bozada codicia de material recompensa, sino por ansia del preciad galardón que la Real Academia de Medicina de la noble é invict César Augusta habrá de conferir al que acierte á triunfar en est certamen, acudimos á él.

Problema de palpitante actualidad, que ha de resolverse cad día, es el elegido como tema, sabiamente, puesto que la acertad solución de alguna de las múltiples formas que puede revestir e su planteamiento arranca una víctima á la muerte ó ahorra sufri mientos al enfermo que, sin ese acierto, ha de arrastrar por vario años una vida miserable y precaria, como arrastra su cadena e condenado á la privación de libertad.

Es de importancia extraordinaria y de capital trascendencia e estudiar las *Intervenciones quirúrgicas que reclaman las gastro patías*, parando la atención en las circunstancias que indican cad determinada intervención, y en las particularidades de cada enfer medad que pueden modificar la manera de llevar á cabo el act operatorio.

Hace algunos años hubiese sido calificado de visionario aque que pensase resolver con los arrestos quirúrgicos los más grave conflictos patológicos del órgano al que la naturaleza encomendó l función quimificadora; y hoy antójasenos cosa llana y expeditiva e llegar con la vista y con las manos al interior de aquella antes mis teriosa cavidad para corregir cruentamente sus trastornos mor bosos.

Para alcanzar completos resultados en este terreno creemos qu falta alguna cosa á la medicina actual, y lo que falta es menos se cundario de lo que pueda parecer mirado superficialmente. Nos re ferimos á la necesidad de que el gastropatólogo lo sea completo que abarque á la vez lo médico y lo quirúrgico de la especialidad

(1) Memoria galardonada por la Real Academia de Medicina de Zaragoza con el pre mio del Dr. Garí.

Digitized by Google

que dedica sus vigilias, pues así como el ginecólogo, el oftalmólogo, el oto-rino-laringólogo, etc., abarca por sí mismo todo lo que concierne al aparato ó aparatos orgánicos de su predilección, debiera abarcarlo también por sí el que se dedica al estudio de las afecciones de los órganos digestivos; pues á nadie dejará de alcanzársele la desventaja que nace de que de uno sea el cerebro que piense la conveniencia operatoria y que la decida, y de otro la mano que la ejecute.

No sólo en países extraños, sino también en el propio, los enfermos del estómago acuden al gastropatólogo en busca de remedio para sus sufrimientos. En el Extranjero, lo mismo que en España, los especialistas de esas dolencias se limitan exclusivamente, casi sin excepción, al empleo de los medios terapéuticos físico-dietético-farmacológicos; y cuando juzgan que el mal requiere, para ser victoriosamente combatido, la práctica de alguna intervención operatoria, solicitan el concurso de un cirujano. Los operadores es lo corriente que no limiten sus actividades á intervenir en sola esta clase de afecciones; por lo común se dedican á la total cirugía, teniendo predilección más ó menos marcada por la del tubo digestivo, pero sin que ésta sea la única que practiquen, y, por lo tanto, no están jamás especializados, en la estricta acepción de la palabra.

Hoy es sobrado conocida, por elemental, la imperiosa necesidad de dividir el trabajo, nacida de la absoluta material imposibilidad de abarcarlo todo en ninguna ciencia ni en ningún arte, y de esta inflexible ley no puede escapar el cirujano, como tampoco escapa el médico. Y como no son tan numerosas las operaciones que recaen sobre los órganos de la digestión, que ellas por sí solas absorban las actividades todas de un hombre, resulta difícil que, así como hay médicos ocupados exclusivamente en el estudio y tratamiento de las enfermedades de esos órganos, haya cirujanos que se concreten á intervenir tan sólo los afectos que en las vísceras aludidas recaigan.

En cambio nos parece muy factible que el médico ó el cirujano al cual sus aficiones le lleven al estudio de las gastropatías, resuma en la práctica, como es lógico, todo lo concerniente á la terapéutica del aparato que estudia, borrándose de una vez las diferencias que aún existen, y de que, por desgracia, en más de una ocasión hemos sido testigos, entre los cultivadores de ambas ramas de la misma ciencia, siendo uno mismo el médico de aquellos pacientes cuyas dolencias sólo requieran los medios incruentos, y el cirujano de aquellos otros en los que el mal reclame la intervención armada.

Así juzgamos este asunto, y de este modo damos nuestro parecer leal, que creemos aquí pertinente, teniendo honda convicción de que si así se hiciera obtendrían mayores beneficios los enfermos

Digitized by Google

que los, nada escasos por cierto, que ya obtienen, á pesar de tan irracional separación.

Complácenos el estímulo que este certamen há de despertar, seguramente, como lo despierta en nosotros, porque merced á él podrá desarrollarse, con la extensión que exige su importancia, un asunto que, sin esta coyuntura, habría de quedar tal vez reducido al exiguo marco que puede ofrecerle un artículo periodístico más o menos amplio, pero nunca tanto como la extensión que el cuadro necesita.

Muchos padecimientos del estómago, mal estudiados hasta hace relativamente pocos años y tenidos por incurables, son hoy tributarios de la cirugía, que, por medio de sus variados recursos, es capaz de normalizar la función pervertida y de poner término feliz á los sufrimientos del enfermo. A ella no se acude aún, tanto en nuestra nación como en el resto del mundo civilizado, porque parece que cuesta algún trabajo divulgar sus beneficios, que no se regatean á otras intervenciones no menos arriesgadas é importantes. Las ginecológicas, á las que pueden compararse las que recaen en el ventrículo gástrico, se han naturalizado más fácilmente; y, sin embargo, en muchas de ellas ha de incindirse la misma serosa, han de manejarse los mismos órganos ú otros análogos y han de correrse idénticos riesgos durante la manipulación y en pos de ella. Y mientras las indicaciones queirogínecológicas se han prodigado sin asombro, hasta el extremo de que hoy nos hallamos en el comienzo de una era de limitaciones, las de la cirugía gástrica encuentran de parte de muchos sistemática oposición, á las veces ruborosamente velada y encubierta.

La existencia, latente ó declarada, de esa oposición, es un motivo más de interés del tema que vamos á desenvolver y que justifica nuestra intervención.

NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN DETERMINADAS GASTROPATÍAS

Antes de entrar en el estudio del tema que sirve de título á este trabajo, creemos preciso detenernos en hacer algunas consideraciones que se nos ocurren para discernir *á priori* si es necesario apelar en determinadas ocasiones á los recursos quirúrgicos.

La Cirugía no es un arte aislado del vigoroso tronco de la Medicina: es tan sólo una de sus ramas, lozana y frondosa, pero que no puede emanciparse de la madre común, ni menospreciar la ayuda que á su subsistencia prestan sus hermanas. Ella constituye uno de los diversos medios de que disponemos para devolver la salud á quien la siente menguada, que tiene aplicación en ciértos momentos

Digitized by Google

por servir entonces más y mejor que otros recursos de los que están á nuestro alcance.

Casos hay, los más, como es sabido, en que el enfermo cura por medios incruentos; en otros puede también curar sin ellos, pero á costa de una pérdida de tiempo y una mayor suma de molestias, que se ahorrarían con su empleo; en algunos, la arribada á puerto no se logra si el paciente no se somete á la pericia del cirujano. Todo esto justifica nuestra manera de pensar, que no es otra sino que las intervenciones armadas son un recurso terapéutico como cualquiera otro, y que en el fondo no se diferencia de ellos sino en que requiere en quien las practica habilidad y conocimientos excepcionales.

Cuanto acabamos de exponer es de dominio vulgar, de todos sabido, pero sin duda, en fuerza de sabido, olvidado, como lo comprobará quien quiera á poco que se dé á reflexionar acerca de las discusiones y de los enconos que por no tenerlo en cuenta se suscitan á diario.

Sentado esto á modo de base, veamos si en las gastropatías puede presentarse alguna vez la necesidad imprescindible de apelar á medios terapéuticos de ese orden.

Demos de lado al caso en que un agente vulnerante cualquiera lastima el órgano quimificador, hendiendo las paredes del abdomen y las de la víscera, y en que no es racional esperar la curación de las energías del paciente por absurdo empleo de la tan asendereada fuerza medicatriz ni por ingestión de ningún fármaco. Y lo mismo cuando el individuo deglute intencionada ó involuntariamente un cuerpo extraño que, alojado en la cavidad gástrica, no puede abandonarla por inadecuación de su volumen y el de la vía que pudiera darle paso al exterior, y muy especialmente si la calidad ó la forma de este cuerpo pueden engendrar inmediato conflicto patológico: su extracción se impone irremisiblemente; mas como esta extracción no puede realizarse sino mecánicamente, ya que mecánico es el accidente originado, el acto cruento es de rigor.

Una lesión de la mucosa que alcance á los vasos que serpean por su trama ó de las capas más profundas de la víscera que interese, asimismo, á sus conductos nutricios, puede requerir diversa conducta. En efecto: la hemorragia á que tal lesión dé lugar se cohibe con frecuencia, espontáneamente ó mediante la acción de los hemostáticos. Pero hay ocasiones en que estos recursos, así el natural como el farmacológico, fracasan; y como lo que es regla en el resto del organismo ha de serlo también en el estómago, parte integrante de él, parece lógico que pensemos en llegar directamente al vaso que da sangre y solucionar *in situ* el achaque patológico.

Ya veremos más adelante si esto es útil y si está realmente in-

Digitized by Google

dicado en el presente estado de la ciencia; pero, en principio, e casos semejantes parece imponerse, é imponerse con premura, l intervención.

Es sabido que, en ciertos disturbios del estómago, el píloro se e tenosa; y cuando el estrechamiento del orificio de salida de la vi cera va graduándose, hasta el punto de impedir la entrada del qu mo en el duodeno, se manifiestan hondas y trascendentes perturb ciones. En efecto, no sólo el estómago se dilata, llegando á adquir proporciones verdaderamente colosales y gigantescas (como tant veces hemos apreciado por los adecuados medios exploratorios tantas otras comprobado en el curso de un acto quirúrgico ó en de uno necrópsico), sino que verificándose en el intestino las met morfosis más importantes de la digestión, y siendo este órgano lugar en donde la absorción se realiza, la inedia relativa, por insu ficiencia alimenticia, agota las fuerzas del enfermo, y más tarde l inanición absoluta y completa acarrea la muerte en el marasmo.

El problema que la acentuada estenosis pilórica plantea parec fácil de resolver si existe un medio que nos consienta facilitar vaciamiento del estómago; si, merced á algún recurso, podemos des embarazarle del contenido que le agobia, al tiempo mismo que colo car al enfermo en condiciones de normalidad nutritiva; y este me dio, en conflicto de la naturaleza del que nos ocupa—mecánico tam bién como el de que antes hablábamos, si no en su génesis en su resultados,—no puede ser sino el operatorio, ya que la naturalez no se basta para vencer el obstáculo, que es verdaderamente insu perable, ni podemos nosotros vencerle con el más idóneo régime bromatológico, con los medios físicos mejor elegidos ni con ningun de los medicamentos que puedan suministrarnos los tres reinos de l naturaleza.

Lo propio ocurrirá cuando en el órgano cuya patología motiv este estudio se desarrolle una neoplasia maligna, cualquiera que se el motivo de su malignidad. Los tumores, asienten donde quieran no son aún tributarios de la farmacología ni de la fisicoterapia, n tienen todavía otro tratamiento eficaz que el operatorio, y no parec que para el estómago haya excepciones tratándose de un principi tan general como lo es éste. Podrá discutirse el momento de la inte vención y las dificultades del diagnóstico en sazón oportuna: podrá si se quiere, hasta regatearse el resultado; pero el principio, mien tras la Medicina no se perfeccione con el progreso, como es de cree y de esperar que ocurra, se mantiene por completo inconmovible.

Omitimos algunas otras indicaciones que saltan menos á la vist que las anteriores, y que nos entretendrán más adelante; pero co las citadas basta para comprender que, en la práctica de la gastro patología, hay necesidad muchas veces, para conseguir beneficio

Digitized by Google

positivos y duraderos, de echarse en los brazos de la Cirugía, matrona excelsa que encubre con su áspero continente las dulzuras y los encantos de una madre amorosa á la que tantos hombres, ahitos de sufrir, bendicen agradecidos por haberles devuelto la salud.

PRIMERA PARTE

Operaciones que recaen sobre el estómago.

Dos son las intervenciones que podemos considerar como fundamentales y que, á las veces, se han de practicar con el objeto de obtener la curación de una gastropatía: estas intervenciones son la gastroenterostomía y la gastrectomía más ó menos completa. En algunas ocasiones se imponen otros actos operatorios en que luego nos hemos de ocupar, y que afectan al estómago ó al intestino; entre los primeros figuran la gastrotomía y la gastrostomía, la exclusión del píloro, su dilatación y la piloroplastia, la cardioplastia, la gastroplegadura, gastropexia, gastrogastrostomía, gastroplastia y la liberación de adherencias que establecen nexos patológicos entre el estómago y otros órganos; á los segundos corresponde la yeyunostomía.

I

GASTROENTEROSTOMÍA

Consiste en la abertura de una comunicación entre el estómago y los primeros tramos intestinales para suplir el difícil funcionamiento de la válvula pilórica ó para amenguar el tiempo de contacto de los ingesta y la pared mucosa del estómago, en la cual existe algo anormal que hace peligroso, en cierto modo, este contacto.

Practicada por Wölfler (1) en Septiembre de 1881 en virtud de un consejo de Nicoladoni, con feliz resultado, fué vuelta á ejecutar pocos días después por Billroth, extendiéndose pronto su empleo por todos los países.

Con el fin de no privar á los alimentos del paso por una larga extensión de intestino, órgano en el que se realiza la absorción, la anastomosis debe procurarse que recaiga en una porción lo más alta que sea posible; de aquí surgen dos distintas operaciones, la gastroyeyunostomía y la gastroduodenostomía.

GASTROYEYUNOSTOMÍA

Puede ser anterior ó posterior, según que el orificio gástrico destinado á unirse con el intestinal se abra en la cara anterior ó posterior de la víscera; la primera será precólica si se hace pasar el in-

Digitized by Google

testino por delante del colon transverso, y retrocólica en el caso con trario; esta última se llama transepiploica, y transmesocólica cuan do, perforando el epiplon gastrocólico, se busca el yeyuno por u orificio que se hace en el mesocolon; también se denomina transme socólica si, invirtiendo el estómago y el colon con su epiplon, se pe fora éste para alcanzar el estómago por la perforación.

Gastroenterostomía anterior precólica ó procedimiento de Wö fler (loc. cit.).—Se coge el intestino, una vez descubiertos los órga nos por laparotomía—que creemos ocioso describir,—á unos 50 cen tímetros del pliegue duodenoyeyunal, y se le adosa al estómago in virtiéndolo de modo que la porción aferente quede dirigida de dere cha á izquierda y la eferente de izquierda á derecha, para que la materias que del estómago penetren en el intestino lo hagan siguien do la misma dirección que llevaban en aquella víscera. Para llega á la cavidad abdominal Wölfler hacía, en sus primeras intervenci nes, una incisión en el lado izquierdo, paralela al reborde costal, d diez á doce centímetros de longitud, y que empezaba á dos centím tros por encima del ombligo; practicaba esta incisión temiendo u teriores eventraciones si la llevaba á cabo en la línea media, pe debió de convencerse de la facilidad de remediar este accidente co una sutura concienzuda cuando abandonó pronto la incisión later haciéndola en la línea media.

Abre el estómago, á un través de dedo por encima de la inse ción del epiplon gastrocólico, en extensión de cinco centímetros, el intestino lo incinde paralelamente á su luz, en extensión análog en la parte opuesta á la inserción del mesenterio.

Este procedimiento, que por su sencillez ha sido adoptado p multitud de cirujanos, tiene graves inconvenientes. Tales son la fl xión brusca del asa intestinal eferente, que impide ó dificulta de m nera considerable la progresión de materiales en el interior; la co presión que ejerce sobre el colon transverso, pudiendo provocar estrangulación; la formación de una cresta, en el orificio anastom tico, á expensas del intestino, dando también lugar á la retenci de los ingesta en el estómago.

Para remediar estos inconvenientes, aprovechando las ventaj del método, Doyen (2) trata de evitar las tracciones que ejerce el c lon introduciendo el epiplon mayor en la cavidad posterior de l epiplones, sosteniéndolo allí por cuatro ó cinco puntos de sutura e trecortada, y fijando el colon á la gran corvadura del estómag abre este órgano y el intestino con termocauterio, y hace un pla de sutura sero-serosa con seda á punto por encima, reforzándo cada cuatro ó cinco puntos, y otro de sutura muco-mucosa.

Hartmann (3) deja libre medio metro de intestino antes de uni al estómago, para no impedir los movimientos del colon; fija el y

Digitized by Google

yuno en gran extensión al estómago, siguiendo una línea casi transversal de izquierda á derecha y algo de arriba á abajo, por medio de sutura sero-muscular; así evita, dice, la formación de cresta en la boca gastro-intestinal.

Gastroenterostomía anterior retrocólica, ó procedimiento de Brenner y Haasler (4). — El primero de los citados operadores rechaza de atrás á delante el mesocolon y el epiplon gastrocólico hacia el centro de la corvadura mayor del estómago, y por debajo de ella; eligiendo un punto en que ambas serosas estén desprovistas de vasos, las une entre sí por cuatro puntos de sutura para cerrar la cavidad posterior de los epiplones. Incinde entre esos puntos en sentido vertical, y por la hendidura coge el asa primera del yeyuno, suturándola á la cara anterior del estómago inmediatamente por encima de la gran corvadura. Así, el asa intestinal tiene dirección apropiada y no se le fuerza á seguir una curva grande para llegar al estómago, no comprimiendo el colon transverso.

Haasler incinde las hojas serosas en dirección paralela á la gran corvadura, lo cual es peligroso por las contingencias que pueden producir las secciones vasculares.

Gastroenterostomía posterior. — Ideada por Courvoisier en 1883 (5), la llevó á cabo en condiciones excepcionales, puesto que empezó la intervención con el propósito de hacer una pilorectomía, y siendo irrealizable, hubo de conformarse con la operación paliativa. Seccionó el epiplon mayor y el mesocolon transverso entre dos series de ligaduras, y fijó el asa duodeno-yeyunal á la cara posterior del estómago. Terrier (6) ha empleado este procedimiento, anastomosando las vísceras con botón de Murphy.

Von Hacker (7) fué el cirujano que regló la gastroenterostomía posterior, simplificando la técnica de tal manera que la han seguido multitud de operadores. Echa hacia arriba el estómago, el colon transverso y el epiplon; hace en el mesocolon, en dirección paralela á la de sus vasos, una incisión, que agranda con tijera, por la que atrae la cara posterior de la víscera gástrica, suturándola al mesocolon. Busca entonces la primera asa del yeyuno, y pasa, á través del mesenterio, dos hilos de seda que aprieta para cerrar el intestino, impidiendo que se vierta el contenido del estómago, por compresión digital que hace un ayudante. Incinde entonces ambas vísceras, y une los bordes de las incisiones por medio de dos planos de suturas: sero-muscular y mucosa.

Este procedimiento tiene, según su autor, las ventajas de que no queda gran porción de intestino entre el duodeno y la anastomosis y no existe acodamiento del asa yeyunal, estando los órganos en la debida posición habitual.

Método de resultados bastante satisfactorios, puede realizarse en

Digitized by Google

poco tiempo; y ya se sabe lo que importa este factor en las opera ciones que se practican en el estómago.

Como no es raro que después de las gastroenterostomías ocurr el accidente que se ha denominado reflujo ó círculo vicioso, y en que luego nos ocuparemos, se ha pensado en evitarlo por medio d distintos recursos, que reciben las denominaciones de procedimien tos valvulares y de enteroanastomosis complementarias.

PROCEDIMIENTOS VALVULARES

Método de Kocher (8). — Consiste en una gastroenterostomía an terior precólica, dejando el asa del yeyuno en sentido perpendicula al estómago, cuidando de que el cabo aferente esté situado á la i quierda; incinde transversalmente el intestino y lo fija al estómag de suerte que el cabo aferente esté en contacto de éste y el eferent repose sobre aquél. Para asegurarse más de que no refluye nada extremo intestinal superior, no incinde el intestino á nivel de la su tura, sino en dirección curvilínea de convexidad anterior; une la car serosa de esta especie de válvula, así creada, al estómago, dejand su borde libre; el superior del ojal gástrico lo sutura al cóncavo de intestinal.

Método de Chaput (9). — Practica una incisión en H, y une po suturas muco-mucosas los bordes de los dos colgajos posteriores de los dos anteriores, cerrando por sutura los dos lados verticale de la H. Antes de incindir los órganos los une mediante sutura sero serosa, de puntos separados, en extensión de 6 á 8 centímetros.

Método de Sonnenburg (10).—Incindido el yeyuno, rodea la inci sión de puntos de catgut separados, invirtiendo la mucosa y sutu rándola á la serosa, seccionando los hilos cortos. Hace lo mismo e el estómago sin cortar más que un hilo, dejando el otro cabo largo anudando luego los extremos de todos los hilos largos; á dos centí metros por debajo de la incisión intestinal hace otra, por la que d salida al paquete de hilos del estómago; entonces, por tracción, in vagina el estómago en el intestino, creando una válvula; fija ambo órganos por puntos de Lembert, corta los hilos que atraviesan la se gunda abertura intestinal y cierra ésta.

Método de Faure (11).—Semejante al anterior, une los dos órga nos en una extensión de 8 á 10 centímetros, y limita sobre el estó mago, con pinzas de Kocher, la porción que se ha de invaginar, qu afecta un forma romboidal; en el centro del rombo coloca otra pinz para marcar el vértice de la zona que ha de ser invaginada. Enton ces, con termocauterio, abre un ojal de unos dos y medio centíme tros en el estómago, haciendo en sus bordes sutura á punto por en cima para mantener en contacto la mucosa y la capa muscular, im

Digitized by Google

pidiendo que se cierre el orificio. Después, y de análoga manera, abre el intestino en sentido paralelo á su longitud; hace sutura que atraviesa la pared intestinal, no pasando en el estómago de la capa muscular, uniendo de este modo las serosas de ambas vísceras. Entonces coloca otra línea de suturas, que fijan el borde anterior del ojal intestinal á los dos últimos lados del rombo gástrico, invaginando así el trozo de estómago en la abertura del yeyuno; termina el acto con una sutura de Lembert que recubre todas las demás.

Posteriormente recomendó Faure (12) desinsertar el epiplon, aplastándolo con una fuerte pinza para cohibir la hemorragia, aplastando asimismo el estómago y el intestino en el sitio en que se han de seccionar.

Método de Rusca ó de anastomosis valvular (13).—Tiene por capital punto de mira dejar á los órganos anastomosados en la misma situación y con las mismas relaciones que en estado hígido. Incindida la piel y la aponeurosis en extensión de seis á ocho centímetros y extirpada la cicatriz umbilical, muy difícil de aseptizar, abre el peritoneo y levanta el estómago, colon transverso y epiplon mayor; va en busca del yeyuno, y á unos seis á siete centímetros del acodamiento duodenal hace la anastomosis con la pared posterior del estómago en su corvadura mayor; el órgano citado lo saca por una abertura practicada en el mesenterio, algo á la derecha de la línea media. Fijas por dos puntos de sutura las extremidades del diámetro transverso de la cara anterior del intestino y la gran corvadura gástrica, toma el yeyuno una dirección perpendicular al eje transversal del estómago, quedando una rama central, superior ó aferente, y otra terminal, inferior ó eferente.

Hace un plano de sutura sero-muscular; uniendo los extremos de la primera sutura, da en la cara anterior del yeyuno un corte semilunar de convexidad inferior, y otro igual en el estómago, pero en sentido contrario, con objeto de que la anastomosis sea amplia y de que se forme una válvula que, en los primeros momentos, impida el acceso al estómago de los jugos intestinales. No coloca pinzas elásticas, sustituyéndolas por la mano de un ayudante. El segundo plano de sutura circular abarca todas las capas del intestino y del estómago; después hace otro sero-muscular y pone una corona de puntos entrecortados que fije la abertura del mesocolon al estómago, suturando la piel en un plano profundo y otro superficial.

En Mayo de 1904, el autor, según nos manifestó, había practicado 16 gastroenterostomías por el procedimiento de von Hacker, lamentando cinco muertes operatorias, y 24 por el suyo, consiguiendo 24 curaciones absolutas.

Digitized by Google

ENTEROANASTOMOSIS COMPLEMENTARIAS

A Lauenstein (14) fué á quien primero se le ocurrió facilitar l evacuación del cabo aferente, anastomosando á él otra asa del ye yuno; posteriormente, este cirujano abandonó el procedimiento.

Bram (15) cree mejor unir entre sí las dos ramas del asa implan tada en el estómago, método adoptado casi exclusivamente por Ja boulay. Esta modificación, por lo general, no se ha hecho primit vamente, sino en época ulterior á la gastroenterostomía, para re mediar los fenómenos de reflujo que se habían presentado.

Método en Y de Roux ó gastroenterostomía posterior por in plantación (16).—Wölfler aconsejó seccionar el yeyuno, fijar el ex tremo eferente en el estómago y la extremidad del aferente en anterior. Maydl (17) recomendó la yeyunostomía, que despué habrá de entretenernos ligeramente, suturando el cabo periférico del intestino á la piel y el central al periférico, para que pase libremente las secreciones duodenal, biliar y pancreática á la por ción inferior del intestino. Hablando de este asunto, expuso que ta modificación podía aplicarse á la gastroenterostomía para evitar circulo vicioso. Wölfler y Maydl unen el yeyuno á la pared gástri ca anterior, al contrario de lo que recomienda Roux. Llevado arrib el colon transverso, é incindido el mesocolon, se busca el yeyuno, s le secciona entre dos pinzas elásticas á unos 20 centímetros d pliegue duodeno-yeyunal, prolongando la incisión en el mesenter hasta la primera bifurcación arterial. Se hace sutura sero-seros posterior, uniendo la del cabo periférico con el estómago, abriend después éste; entonces se sutura mucosa con mucosa, terminand por delante la sero-serosa; hecho esto, se procede de la misma ma nera con el cabo central que se une al que se ha fijado al estómag con lo cual queda el yeyuno con la forma de una Y.

Método de Sago.—Este cirujano japonés describió en la Soci dad de los médicos de Viena (18) un procedimiento de gastroent rostomía basado en que la resistencia de la mucosa del estómago la del intestino es tan grande, que la colocación de dos asas (en perro ó en el mono) nunca determina perforación espontánea. Pa obtener anastomosis por este medio, hay que provocar la necros de la mucosa por el termocauterio, ó mejor por el nitrato argéntic El método es sencillísimo y puede practicarse sin ayudantes, sien completa la anastomosis al cabo de dos días; puede aplicarse sie pre que no sea indispensable la comunicación inmediata; su may ventaja, á juicio del autor, es el poder prescindir de la limpieza pr via del intestino, evitándose así el colapso; accidente que, por lo g neral, si se presenta, obedece á otras causas, ya que ésta, como e el lugar correspondiente se dirá, no es común que lo determine.

Digitized by Google

A.—*De la regurgitación, reflujo ó círculo vicioso en los gastroenterostomizados.*

Un accidente de verdadera gravedad puede ocurrirle al individuo operado de gastroenterostomía, y en evitación de tal accidente se han discurrido la mayoría de los métodos operatorios descritos, modificando el primitivo.

Cuando el contenido del estómago anastomosado al intestino no desciende á lo largo de este órgano, hallando para su progresión algún obstáculo, ó cuando los líquidos que se hallan en ese tubo refluyen al estómago, se dice que existe reflujo, nombre que los franceses dan á tal fenómeno, conocido por los alemanes más comúnmente con el de regurgitación ó círculo vicioso.

Tavel (19) considera que pueden existir cuatro modalidades distintas de ese fenómeno: en la primera, el contenido gástrico pasa al asa central ó aferente, en lugar de pasar á la eferente ó terminal; en la segunda, el contenido del duodeno refluye al estómago por la anastomosis, en virtud de no encontrar expedita la rama intestinal eferente; en la tercera, el contenido duodenal refluye al estómago, franqueando el píloro; en la cuarta, el contenido de las porciones inferiores del intestino es el que asciende por el asa eferente, penetrando en el estómago. Como dice Rusca (loc. cit.), las variedades de regurgitación más frecuentes y graves y las únicas que la mayor parte de los autores han observado y admiten son las dos primeras. En efecto: la bilis, cuya excreción en el duodeno es intermitente, sólo se vierte en los últimos tiempos de la digestión, penetra muchas veces en la víscera quimificadora y no produce en ella perturbación de ninguna especie. Esto se demuestra con lo que ocurre después de las colecistogastrotomías, en que el derrame en la cavidad gástrica del segregado biliar no determina ningún accidente; confirmándose así lo que Dastre, Fremont, Oddi y Masse habían demostrado experimentalmente, contra la opinión de Doyen, que proponía ocluir el píloro al practicar la gastroenterostomía, en evitación del riesgo que ahora nos ocupa.

La cuarta modalidad de círculo vicioso se caracterizaría por la entrada en el estómago, y subsiguiente salida por vómito, de heces fecales; como no exista una verdadera oclusión intestinal, cosa no imposible en este género de intervenciones, no comprendemos que tal fenómeno acontezca.

Por lo tanto, las dos formas reales, aceptadas sin discusión y temibles, de círculo vicioso, son las que señalamos en primero y segundo lugares.

Si las materias de que el estómago se deshace, en lugar de penetrar en el asa eferente, lo hacen en la opuesta, producen la distensión del duodeno, vencen el obstáculo, nunca grande, que les opone

Digitized by Google

la válvula pilórica y verifican su irrupción en el estómago (just denominación de círculo vicioso). Si el asa eferente se dobla en l anastomosis, impide la entrada en ella de esos materiales, que for zosamente han de buscar el camino en donde encuentren menos re sistencia; y si el colon comprime á dicha asa, se producirá el propi accidente.

Hemos tenido ocasión de ver algunos casos de esta naturaleza en que los fenómenos no se remediaron, haciendo ineficaz la opera ción, porque el enfermo no quiso someterse á un nuevo acto quirúr gico; y algún otro en que la enteroanastomosis salvó á maravilla e conflicto, encontrándose el cirujano, al abrir el vientre, una extraor dinaria repleción duodenal.

Con mayor frecuencia se observa la segunda variedad: la por ción de yeyuno adosada al estómago queda situada horizontalmente en casi todos los procedimientos, con lo que se facilita la penetra ción en el estómago del contenido intestinal; la desigualdad de ta maño entre el orificio gástrico y el del intestino, así como las compre siones y tracciones que éste puede sufrir, facilitan extraordinaria mente este mecanismo de producción del reflujo.

A la cabeza de los síntomas con que en la práctica se hace os- tensible la complicación que nos está entreteniendo figura el vómi to: pasajero y no muy abundante en los casos leves, se hace en los graves profuso é incoercible. Acuoso al principio y casi exclusiva mente formado por mucosidades y alguna sangre en vía de trans formación digestiva, si el accidente se engendra muy á raíz del ac to quirúrgico (sangre que no suele tener significación seria, pues es de la derramada en el interior del órgano durante la operación), no tarda en hacerse verdoso, de carácter manifiestamente biliar, y se acompaña de sensación de peso gástrico y de pirosis. El epigastrio se abomba, la sed va en aumento progresivo, la piel se seca y pone terrosa, los ojos se hunden en las órbitas por fusión rápida de su al mohadillado adiposo, el pulso aumenta en frecuencia y disminuye en tensión, la temperatura desciende, la excreción urinaria amen gua y llega á suprimirse, hace su aparición el delirio y no tarda en sucumbir el infortunado enfermo.

En ocasiones, después de dos ó tres días de manifestaciones evidentes del reflujo, el paciente hace una evacuación semilíquida abundante, desapareciendo los vómitos y el meteorismo y la tensión epigástricos; pero en lugar de rehacerse el pulso y de calmarse el eretismo nervioso, persisten en condiciones anormales, que se acen túan, repitiéndose las deposiciones, que cada vez son más acuosas y que vienen á sustituir al vómito. Los síntomas son análogos á los de la forma precedente, sin otra diferencia fundamental que la hi pertermia, que, frecuentemente, tiene lugar en ésta.

Digitized by Google

Dejamos sentada nuestra opinión, contraria á la idea bastante extendida de que la entrada de líquido biliar en el estómago sea capaz de perturbar hondamente la digestión, si bien no creemos, como creen Soupault, Hartmann, Carle y Fantino, Kausch y otros, que se verifica esta entrada después de casi todas las gastroenterostomías, puesto que no la hemos hallado jamás con sus especiales reactivos (Gmelin, Petenkofer) en los operados por el procedimiento de Roux. Muchos autores se han fundado en las experiencias de Chlumsky (20) para conceder un extraordinario valor á la mezcla en el estómago del jugo segregado por esta víscera con el procedente del páncreas. Seccionado en perros el yeyuno, y suturada el asa duodeno-yeyunal al lado izquierdo de la corvadura mayor gástrica, anastomosa el citado autor la rama descendente en la cara posterior de la víscera; de esta suerte el contenido duodenal pasa necesariamente por el estómago, para salir de él por la rama yeyunal; los animales así operados mueren á los pocos días, sin lesiones inflamatorias ni vómitos, pero con sed insaciable é inapetencia absoluta.

Consideraba Chlumsky probada de este modo la desastrosa acción del jugo pancreático en el órgano quimificador; pero ya hemos dicho que en diversas y múltiples ocasiones existe, sin ostensible daño, bilis en el estómago, y, cuando esto ocurre, no es únicamente ese líquido el que atraviesa el píloro de abajo á arriba, sino que, estando en el duodeno mezclado con el segregado pancreático, y no reconociéndose al píloro acción electiva, penetran ambos líquidos juntos en la víscera encargada de la quimificación. Este hecho de observación (fácil de demostrar en muchos casos sin otro trabajo que el de someter á la digestión artificial en la estufa un trozo de albúmina coagulada sumergido en ese líquido hecho alcalino artificialmente, si no lo era ya al salir del estómago, digestión que sólo puede tener lugar en virtud del fermento proteolítico del páncreas, ya que el péptico actúa exclusivamente en medio ácido), se confirma por el experimento de Steudel, análogo al de Chlumsky, y del que discrepa sólo en que se cierra el cabo duodenal, obligando á los líquidos segregados por el duodeno y á los que desembocan en él por la ampolla de Vater á remontar el píloro para, una vez que penetren en el estómago, abandonarlo por la anastomosis gastroyeyunal; varios perros de los sometidos á esta operación no sufren alteración alguna.

Nosotros no hemos observado ningún caso de círculo vicioso en los enfermos operados por el método de Roux ni en ninguno de los pocos que hemos visto que lo fueron por el de Rusca, y, por lo tanto, á éstos damos la preferencia siempre que haya posibilidad de realizarlos, lo que sucede en casi la generalidad de los casos. La

Digitized by Google

única objeción formal que al procedimiento de Roux se le ha diri do es la de que con su práctica se prolonga el acto operatorio; pe cuando se posee la necesaria destreza manual (y quien no la ten que no acometa intervenciones gastro-intestinales) el tiempo que invierte en la anastomosis intestinal no excede de una decena minutos, y á cambio de este pequeño retraso colocamos al opera en condiciones de seguridad contra una complicación que puede s fatal.

La ulceración de la parte de intestino colocada por encima de anastomosis, provocada por contacto de un jugo gástrico hiperc hídrico, que algunas veces se presenta en los gastroenterostomiz dos, se ha dicho (Rusca) que es más frecuente después de la ope ción de Roux, porque queda una larga porción de tubo intesti sin contacto neutralizante de los líquidos que vienen del duode Aunque para obviar tal inconveniente recomienda Roux seccio el yeyuno lo menos á 40 centímetros del ángulo duodenal para e tar tracciones que, según él, son las que engendran esta compli ción, creemos nosotros que si obedece en realidad á la hiperclor dria, con alcalinizar el contenido gástrico podremos con rigorosa c teza evitarla.

Cuando el círculo vicioso se haya determinado, practicaren el lavado del estómago con las debidas precauciones tratándo como se trata, de un órgano en el que acaba de abrirse un orifi y de hacerse una sutura: el lavado suele, muchas veces, produci cesación del fenómeno; si no basta, se modificará el decúbito adopta el paciente, colocándolo en la posición que más pueda fa recer la circulación del contenido gastro-intestinal, y se apelar las inyecciones y á los enemas de suero artificial.

Si con todo esto no desaparecen los síntomas, no debemos va lar en abrir el vientre; y reconociendo *de visu* la causa del refl trataremos de remediarlo, para lo cual hay, casi siempre, necesid de hacer una enteroanastomosis.

(Continuará.)

Digitized by Google

OBRAS AGOTADAS DE D. FEDERICO RUBIO

«EL FERRANDO»

CONTESTACIÓN DE LA CRÍTICA DE DICHO SEÑOR Á EL LIBRO CHICO

(Continuación.)

La fuerza no tiene otra realidad que la del acto; y los que defienden la anteexistencia y la postexistencia de la fuerza se hunden en un error de los mayores.

No teniendo realidad la fuerza hasta que no se hace, como sucede á todo lo fenomenal en la naturaleza, el darle existencia anterior como causa es una idea: que si se deja en la categoría *relativa* que le pertenece, resulta verdadera; pero que si le damos el valor de absoluta, resulta completamente falsa y sin objeto real de que sea representación.

¡A cuántos errores da margen el desconocimiento de las categorías!

Esas ideas á que damos un valor distinto del que tiene el objeto que deben representar, son las que involucran el entendimiento, son las que nos ligan al empirismo, son las que nos llevan á los sistemas errados y que constituyen el pecado original de ellos.

No sé si con lo dicho podrán todos dar á las observaciones que voy á presentar el valor que de justicia les corresponde, y colocar cada cosa en el lugar que resulte verdad y no en otro.

Advertid cómo las cosas relativas son sólo verdad en su relación, y que en la categoría relativa no hay verdad fuera de la relación correspondiente.

El hueso del muslo, el hueso fémur, está en la parte superior de la pierna; luego es superior.

El hueso fémur está en la parte inferior de la cadera; luego es inferior.

El hueso fémur es superior.
El hueso fémur es inferior.

Y como se comprende en este clarísimo ejemplo, ni el fémur es superior, ni el fémur es inferior en sí ó en categoría propia; y es superior, y es inferior, en categoría de relación con la cosa que se compara.

Ahora bien, *la fuerza es causa de la fuerza*: verdad si es de otra fuerza, falso que sea de la fuerza como entidad en sí; porque la fuerza como entidad en sí, es una *entelequia*, una idea falsa, ó sin objeto de que ser idea verdadera.

Digitized by Google

La fuerza es causa de la fuerza: falso, si la tomamos como ca sa esencial; verdad, si la tomamos como causa-efecto, como cau que no es causa sino por su efecto. Y así como el fémur no es sup rior sino por la tibia, ni inferior sino por el innominado, así la fue za no es causa sino por el efecto. Y la observación ahora lo hará v claro. Un árbol mecánico es causa de fuerza en una rueda, y efec de fuerza en el piñón que lo mueve.

Como se ve, aquí más que causa verdadera, lo que hay es u derivación; y esa especie de causa-derivación es la que reina en t da la naturaleza, y es la que origina en ella lo *necesario* así como contingente. Esta misma causa-efecto se ve en muchas otras cosa Yo soy padre por mi hijo, y sin mi hijo no soy padre.

—Pero, señor,—diréis,—no hay causa ninguna que no tenga e misma condicionalidad. No hay ninguna causa que lo sea sino p el efecto.

No. Ya habéis visto que mi poder es causa haciendo y no hacie do, cuando obra y cuando no obra.

Y lo infinito es causa siempre y nunca es causa-efecto.

Por eso el poder de lo infinito es infinito.

Por eso mi poder es libre.

Por eso la fuerza no es poder, sino fuerza derivada de otra fuerz

—Pero una fuerza será la primera de la que se deriven l demás.

Sí, la primera fuerza como la última es fenomenal, y lo fenom nal corresponde á la sustancia.

Dejemos esto aquí...

Todo lo que se ocurrirá preguntar á nuestros lectores, para av riguar cuál sea la causa de la fuerza fuera de ella, pertenece lleno del sistema de la naturaleza. No puedo separarme de objeto.

La cuestión era: si existía fuerza fuera de la naturaleza, fue del mundo este, fuera del tiempo y del espacio.

Por lo examinado y reflexionado en contra y en pro y bajo v rios aspectos, se resuelve con evidencia: que la fuerza no tie existencia, ni puede tenerla fuera del tiempo y del espacio, fuera la naturaleza; y resulta que si le damos existencia ideal fuera estas condiciones, cometemos un gravísimo absurdo y tomamos u entelequia por una idea.

La fuerza es finita siempre; fatal, si se desarrolla ó hace, contingente su desarrollo del concurso de varias condiciones.

Mi poder existe. Mi poder se manifiesta cuando obra y cuando obra. Mi poder reside en mí, obra en mí y fuera de mí. Mi poder libera, elige, prefiere, y después de elegir y preferir subsiste.

La fuerza no es poder, la fuerza es finita, la fuerza es ciega,

Digitized by Google

fuerza es fatal, la fuerza es fenomenal, la fuerza es contingente; antes de realizarse no es, y después de realizarse acaba.

La fuerza corresponde á la sustancia finita.

El poder corresponde á la sustancia libre y á la sustancia infinita.

Me basta con estas verdades para dilucidar la noción de libertad, y dejo por tanto el análisis de la idea de virtud.

Ya sabemos algo del poder, de eso que tenemos noción.

Si fuera mi objeto examinar la noción de poder, con el propósito de apurar el asunto, iríamos demasiado lejos. Hagamos punto aquí también.

Volvamos á la noción de libertad.

Libertad es una palabra.

Libertad es una palabra signo de noción.

La noción de libertad, es un sentimiento de conocimiento de poder interno.

Poder interno que se realiza y existe.

Y que cuando no se realiza existe del mismo modo.

Y que se realiza dentro de mí.

Y también fuera de mí.

Y que existe antes de obrar.

Y que subsiste después de haber obrado.

Y que decide deliberadamente, sabiendo lo que va á obrar, no ciegamente, no fatalmente, pues obra ó deja de obrar, y obra así ó de otro modo, ó de otro, ó de otro, ó de uno y otro á la vez, ó primero de un modo y luego de otro distinto.

Noción de libertad es un sentimiento de conocimiento de poder interno, que se realiza interior y exteriormente en cuanto *pueda*, y deja de realizarse en cuanto *no pueda*.

¿Qué puede la libertad?
¿Qué no puede?

He aquí la cuestión, fácil ya de resolver práctica y teóricamente.

Conviene, antes de examinar lo que puede la libertad, que hagamos con ella una última ecuación; por cuanto hasta aquí, todavía está en la esfera de noción, y es metódico y conveniente que la traigamos ahora á su término concreto, para de él partir en vía recta y con una sola escala.

La noción de libertad la hemos encontrado observándonos nosotros mismos, y de nosotros mismos la hemos sacado. Y como al sacarla de nosotros la hemos abstraído de nosotros, y no de mí solo, sino que cada lector la ha ido sacando al mismo tiempo de sí propio, ha resultado una cosa particular á cada uno, y universal á todos; y considerada así su existencia es discreta, esto es, difundida, general, universal á todo hombre.

Digitized by Google

Mas como al abstraerla la hemos sacado del individuo, y en la vimos primero tan ciertamente como después la comprobamos la especie, quiero, para que no quepa duda en los resultados q nos dé ahora la cuestión que vamos á estudiar, que partamos, no la libertad abstracta ó sacada de mí y de cada uno de nosotros, si de la libertad mía y en mí, tal como estaba antes de que la sacá mos de nosotros para examinarla.

Esto no quita para que cada lector, individualmente, vaya co migo estudiando cómo obra y qué puede su propia libertad; y resultará el examen concreto y verdaderamente práctico.

Libertad mía.

Poder interior que tengo *Yo en mí*, que lo realizo interior y e teriormente en cuanto pueda y dejo de realizarlo en cuanto pueda.

¿Qué puedo?
¿Qué no puedo?

Puedo ir, venir, moverme, estarme quieto; mirar, no mirar; ol taparme las narices; tactar, no tactar; comer, dejar de com hablar, estar callado; escribir, no escribir; leer, no leer. Puedo h cer una mesa, no hacerla; hacer un soneto y dejar de hacerlo. Pu do pensar, y no pensar; y no puedo dejar de *ser pensante*. ¡Pue creer, y no creer; y no puedo dejar de *ser creyente*. Puedo amar, no amar; y aborrecer; y no puedo dejar de *ser amante*. Puedo or y no orar. Puedo matar ó no matar. No puedo dar vida, pero pue ocasionar la vida. Puedo matarme, y no puedo agregar dos codo mi estatura.

Otras muchas cosas puedo, y otras muchas dejo de poder; no enumero, porque con lo dicho basta para tener suficientes datos que partir.

Vamos primeramente á ordenar estas cosas que puedo y que puedo, para proceder con claridad y método.

Primero: quiero advertir que todas estas cosas y otras much las puedo yo; mas que entre mis lectores habrá alguno á quien habrá chocado que al decir yo de una cosa que la puedo, él no haya podido decir de ella con verdad de igual manera.

Si me ha estado leyendo un paralítico, habrá dicho para sí: ¡Caramba! que yo no puedo ir ni venir, ni menearme;—y lo mis habrá exclamado un ciego en su respectivo caso, si oye leer lo q yo digo que puedo.

Y otro, á quien ni aun mal, como á mí, sople la musa, dirá ta bién:—Pues lo que es yo, lo mismo hago un soneto que mi abue

Digitized by Google

Pero no se disgusten, porque es cierto que, en compensación, podrán otras cosas que yo no puedo. El paralítico podrá resolver un problema matemático, y yo no; el ciego podrá ser hasta un buen escultor, como lo es un interesante comprofesor mío, que reside en el pueblo de Montellano, y de cuyo nombre siento ahora no acordarme, por habérseme borrado de la memoria, aunque no le ha sucedido así en mi afecto.

Segundo: Hay entre las enumeradas ciertas cosas, que todos podemos; y otras que ninguno de nosotros puede.

Podemos todos: pensar, no pensar; creer, no creer; amar, no amar; aborrecer; orar, no orar; matar ó no matar; suicidarnos.

Todos somos impotentes para dejar de ser pensantes, para dejar de ser creyentes. Ninguno de nosotros puede agregar dos codos á su estatura.

Pues siendo todo lo observado verdad, resulta: Que hay cosas que puede la generalidad de los hombres; que hay cosas que puede alguno que otro hombre en particular; y que hay cosas que las puede la universalidad.

Hombre.—Libre.—2.ª categoría sustancial.....	Pensar	*Universal.*
	Creer.....	
	Orar	
	Ver	*General.*
	Hablar	
	Moverse	
	Etc.	
	Hacer versos	*Particular.*
	Ocasionar vida....	
	Hacer mesas.....	

Hay, pues, en mi poder cosas que todos podemos.

Hay cosas que la generalidad podemos.

Hay cosas que pueden particularmente unos y otros no.

Sólo en esta clasificación y en estas tres categorías, hay ya muchas observaciones que hacer de la más alta importancia, y que las dejo á un lado, para no separarme del asunto sino lo puramente necesario.

Hay, entre lo que podemos, cosas positivas y cosas negativas.

Moverse	*Categoría positiva.*
Mirar.....	
Hablar	
Pensar	
Creer.....	
Etc.	

Digitized by Google

Estarse quieto ...	*Categoría negativa.*
No mirar	
Callar	
No leer	
No pensar	
No creer	

Pero en estas mismas cosas positivas y negativas, las hay muy distinta naturaleza vistas bajo otro aspecto.

Categoría positiva..	Moverse	Categoría *general en lo libre y en lo animado vivo.*
	Mirar	
	Hablar	Categoría de lo *general en lo libre solo.*
	Leer	Categoría de lo *particular en lo libre.*
	Pensar	Categoría de lo *universal en lo libre.*
	Creer	
Categoría negativa.	No moverse.	
	No mirar.	
	No hablar.	
	No leer.	
	No pensar.	
	No creer.	

Examinemos estas cosas negativas.

No moverse = 0
No mirar = 0
No hablar = 0
No leer = 0
No pensar = 0
No creer = 0

En efecto, movimiento — movimiento = 0.

Etcétera, etc.

Pero como tratamos la cuestión prácticamente, resulta que n verme, así como no moverme, encierra *Yo* y *movimiento*, *Yo* y *movimiento*; de modo que si me muevo, *Yo me muevo*; si no m muevo, *Yo no me muevo*, y en uno y en otro caso quedo *Yo*; en primero moviéndome, en el segundo estando quieto.

Así, pues:

No moverme = Yo + 0
No mirar = Yo + 0
No hablar = Yo + 0
No leer = Yo + 0
No pensar = Yo — pensar.
No creer = Yo — creer.

Digitized by Google

—¿Qué es esto?

Ahora lo veremos:

No moverme = Yo — moverme
No mirar = Yo — mirar
No hablar = Yo — hablar
No leer = Yo — leer
No pensar = Yo — pensar
No creer = Yo — creer.

Transportemos estos términos por *igual*, en su categoría negativa, á la negación más completa.

Yo — moverme = *Paralítico*
Yo — mirar = *Ciego*
Yo — hablar = *Mudo*
Yo — leer = *Ignorante*
Yo — pensar = *Yo — Yo*
Yo — creer = *Yo — Yo.*

Suspended todas las objeciones que en tropel se os vienen á la mente, si es que habéis salido de cierto estupor, en que quizás os encontréis.

Si lo último os sucede, descansad un poco.

Si lo primero, oídme.

Aquí, lo que ha sucedido es: que he *transportado una categoría.*

El no moverme como hecho particular, el no mirar, como no mirar una ú otra cosa, lo he transportado á la categoría más general: esto es, á *no movimiento total*, á *no mirar total*, á *no hablar total*, etcétera. Pero como también totalizo los términos de la ecuación, en lo que respecta á pensar y creer, resulta que la ecuación queda igual; porque es sabido que si á todos los términos de una ecuación quitamos ó añadimos cantidades iguales, la ecuación queda igual.

Pues si yo es verdad que he totalizado el no movimiento y el no mirar, etc., también he totalizado el no pensar y el no creer, pasando de no creer esto ó lo otro en particular, á no creer en general, y de no pensar esto ó lo otro, á no pensar en nada.

Ahora bien, no pensar ó no creer en nada no nos es posible. Por eso, cuando examinábamos lo que podíamos y lo que no podíamos, vimos que podíamos pensar ó no pensar, y no podíamos dejar de *ser pensantes*. Esto es, que podíamos pensar en particular en una cosa ó no pensar en ella; pero que á lo que no llegaba nuestro poder era á *dejar de ser pensantes en general*, ó lo que es lo mismo, á dejar de ser lo que *esencialmente* somos.

Otro tanto sucede con el creer y con todo lo que respecta á lo libre exclusivamente: podemos dejar de creer en esto ó en lo otro,

Digitized by Google

de ser libres en esto ó en aquello, pero no podemos dejar de cr en todo, ni dejar de ser libres totalmente.

Y esto es lo que prueba la ecuación dialéctica.

Por el pronto me parece que desistís de replicarme; pero es viendo que la generalidad queda impresionada de cierta insatisf ción, no de creencia, sino de vacío. Esto consiste en que hab sentido muchas cosas, muchas, en tropel, confusamente, y que sierais explicároslas, ó, al menos, que se os diera alguna luz de el

Calmad esa inquietud.

Vamos por partes.

Si de las ecuaciones dialécticas ya hechas dedujéramos el fin de ecuaciones que pueden derivarse, lejos de salir de ese esta la mayor parte de los lectores quedarían en él y aun con ma confusión.

Poned una figura geométrica, desarrolladla por los signos de sucesiva resolución del problema que represente; y, con todo escrito, dadla á Byron, que quizá no supiera sumar una cuenta la plaza. ¿Qué se conseguiría con tal cosa?

No es justo, ya que tanto trabajo me ha costado el procurar claro, en lo que respecta á la libertad, venir ahora á echarlo tod perder con la explicación anticipada de las ecuaciones dialécti

Por lo demás, ya se irá desvaneciendo la confusión en qu exista, poco á poco, con lo que resta por decir.

Tomad el resultado de la ecuación, y la ecuación toda, por especie de maraña, y tiradla. Ello es que su resultado, aunque es viese mal deducido, es verdad: porque por todos caminos se co prueba que yo puedo existir sin leer, puedo no saber leer; pu existir sin hablar, puedo ser mudo; puedo existir sin moverme, p do ser paralítico; pero que no puedo existir sin ser pensante. El poder leer nada, el no poder hablar nada, achica mi poder, pero me anula; mas el no poder pensar nada, el no creer nada, no achica, sino que me anula por completo, me reduce á cero.

Hay entre las cosas que no puedo, unas completamente abso tas, como imposibilidad:

No puedo dejar de ser pensante.
No puedo dejar de ser creyente.
No puedo agregar dos codos á mi estatura.

Conviene examinar si es verdad que absolutamente no pu dejar de *ser pensante,* no puedo dejar de *ser creyente,* no pu agregar dos codos á mi estatura.

¿No puedo dejar de ser pensante?

Digitized by Google

Puedo pensar en lo que estoy escribiendo. Puedo dejar de pensar en este asunto. De día visito á mis enfermos y pienso en ellos. De noche vengo á mi casa, y entonces me propongo pensar en lo que voy á escribir y pienso en ello.

Puedo, pues, pensar en una cosa ó en otra, es la verdad; pero no lo es que pueda dejar de pensar en algo.

Bien, pues tengo necesariamente que pensar en algo.

—Pero ser pensante no es sólo pensar continuamente, es tener una naturaleza pensante ó inteligente; y esta naturaleza, esta existencia pensante, yo la puedo destruir: yo puedo matarme, y ya no soy ser pensante.

En efecto, puedo matarme: pero no puedo dejar de ser pensante, porque el ser pensante no corresponde á mi cuerpo, á mi parte finita, sino á mi elemento libre; y queda probado, como dos y dos son cuatro, que mi elemento libre es inmortal, y, siéndolo, subsistirá siendo pensante.

—¿Y cómo se comprende ese contrasentido que ahora mismo se acaba de decir? Soy libre, y por ser libre ¿no puedo ser libre de dejar de ser pensante? ¿Qué libertad tengo aquí, si este solo hecho anula mi libertad, y prueba que no existe?

Así parece; pero la verdad es que es todo lo contrario.

Yo *no* puedo dejar de ser pensante.

Yo *no* puedo hacerme á mí mismo ser pensante; y como no tengo poder directo ni indirecto para hacerme sustancia, no tengo poder para dejar de serlo. Mi poder, pues, no es absoluto.

Yo = 0 absoluto.

Impotencia es no poder.—*Categoría negativa.*

Poder absoluto es poderlo todo sin sujeción á nada. = Omnipotencia. } *Categoría absoluta.*

Absoluto es lo que es en sí y por sí. Luego sólo la Omnipotencia es absoluta.

Omnipotencia = Absoluto.

Pero mi impotencia es sólo en lo absoluto.

En lo no absoluto soy algo, soy *Poder*, y ya hemos visto que puedo muchas cosas. Luego Yo = Poder.

Yo = 0 absoluto.
Yo = Poder.

Digitized by Google

Absoluto es lo que es en sí y por sí.

Poder, lo que no es por sí, pero es en sí, y obra en sí y fuera d sí: esto es lo que encontramos en nuestro poder, estudiándolo pág nas anteriores.

Ahora bien: como el poder no es por sí, no puede dejar de se poder, ni puede hacerse á sí mismo tal poder.

Como el poder es en sí, es; y como obra en sí y fuera de sí, pu de obrar, actuar, crear, pero no crearse; y como obra fuera de s puede hacer, formar, dar forma á lo que cree en sí.

Como este poder es tan esencial, verdadero y subsistente qu ni aun nuestra voluntad puede anularlo, resulta que es libre y n die más que la Omnipotencia pudiera aniquilarlo.

Por eso, así como no podemos dejar de ser pensantes, no pod mos tampoco dejar de ser poder.

—Pues véase aquí precisamente—dirá alguno—una cosa fata y todo lo contrario de lo que se quiere suponer.

No; si esta incondicionalidad, si esta inmanencia, si esta subsi tencia, si esta precisión de toda precisión, constituyera la cosa fata nada habría más fatal que lo absoluto y que lo omnipotente y lo i finito. Ya hemos dado caracteres bastantes para saber lo que es fata y no equivocar su concepto. Lo fatal es ciego, lo fatal es inconscie te, lo fatal es finito, limitado; y no es por sí, ni sólo en sí, ni ob fuera de sí.

La palabra *fatal*, como la de *limitado*, como la de *absoluto*, e tán completamente involucradas en la común inteligencia y en s aplicación, debiéndose esto á varias causas: una de ellas, á que l ciencia no habría distinguido bien lo que era cada una de estas c sas; y otra, á la necesidad de usar un lenguaje figurado, en lo co cerniente á lo superior á la idea. Así decimos fuerza por poder, se suele entender lo absoluto como necesario fatal, y no como ent dad necesaria; y cuando hablamos de la libertad, tomamos su lím te intensivo como un límite extensivo ó como limitación formal d su sustancia.

A partir del poder libre á lo fatal, que en lo fenomenal finito e la fuerza, y del poder libre á la omnipotencia, que es el poder abs luto, se establece otro *proceso inverso*, exactamente igual al que n tamos y explicamos respecto á la evidencia.

Donde empieza la fuerza acaba el poder.

Si yo, padre de familia, digo á mi hijo *¡ven!* y viene, realizo e él mi poder; mas si le digo *¡ven!* y no viene, falta mi poder; y le cojo por un brazo y le traigo á la fuerza, es porque acabó m poder.

Así, la fuerza es antitética del poder.

El error de considerar la fuerza como poder, y el poder com

Digitized by Google

fuerza, es más trascendental de lo que á primera vista parece, y conviene pensar maduramente en ello.

Pero nos queda mucho que estudiar en lo que podemos y en lo que no podemos, y no es metódico apartarnos del principal objeto.

No puedo agregar dos codos á mi estatura.

Es una observación enteramente verdadera, que corresponde á la verdad general de que el poder libre no alcanza á crear sustancia. El hombre no es creador de sustancias.

Entre las cosas que puedo y que no puedo, hay unas que las puedo siempre, y otras que las puedo unas veces y otras no.

Puedo siempre { Pensar, no pensar.
Orar, no orar.
Creer, no creer.

Estas cosas no son absolutas, porque ya hemos visto que nuestro poder es cero absoluto; mas en el hombre hay una categoría que no llega á lo absoluto, pero que es la que más se le aproxima; es una especie de incondicionalidad, á que me permitiré llamar así: *sub-absoluto*.

Pensar, no pensar.
Creer, no creer....
Orar, no orar..... } *Categoría de lo sub-absoluto.*

Otras cosas que puedo, no las puedo siempre:

Hacer una mesa, comer, hablar, escribir, etc.

Para hacer una mesa, necesito materia, ó sustancia fuera de mí; para comer, tener qué comer; para hablar, tener á quién hablar; para escribir, tener con qué escribir.

Así:

Fabricar.
Comer...
Hablar..
Escribir. } *Categoría de lo condicional.*

En lo condicional, hay que notar que hay cosas que no puedo hacer ahora y las podré hacer dentro de algún tiempo. Por ejemplo: ahora no puedo resolver un problema de astronomía, pero puedo estudiar esta ciencia y resolverlo dentro de un mes ó antes.

Últimamente, recordemos que mi poder es siempre, como poder, *sub-absoluto*, y que ya se realice ó no se realice, existe en toda su *potencia virtual*; mas que si se realiza, se agranda, por decirlo así, y si no se realiza, permanece replegado en mí.

Ahora bien, si se realiza, cuanto más se realice, más se desarrolla intensiva y extensivamente; porque yo puedo desenvolver mi

Digitized by Google

poder en cuanto pueda, de modo que pueda mañana lo que no puedo hoy, y alcance mañana lo que hoy no alcanzo.

Y esta observación manifiesta que lo libre se desenvuelve en el tiempo y el espacio, comprendiendo ambas cosas, sin que éstas lo comprendan á él. Fenómeno curioso é importantísimo, y que está de acuerdo con lo que sucede en las categorías: que las primeras abarcan á las sucesivas y las restringen, y no son restringidas por éstas.

Sigamos observando.

Entre las cosas que puedo, hay unas que puedo y debo hacer, y otras que puedo y no debo hacer. Entre otras:

Puedo y debo...	Pensar. Creer. Orar. Amar. Crear. Ocasionar vida.
Puedo y no debo	Aborrecer. Robar. Matar. Suicidarme.

Siendo exacto que puedo estas cosas, y siéndolo también que unas las debo hacer y otras no, resulta que mi libertad se limita ó achica por el deber.

Así, esta lista: pensar, creer, orar, amar, crear, ocasionar vida, aborrecer, robar, matar, suicidarme; viene el deber, y la corta en ocasionar vida, impidiéndome desarrollar mi libertad á aborrecer, matar, etc.

Parece, pues, una observación exacta que el deber limita mi libertad, ó lo que es lo mismo, que el deber achica la libertad.

Pues todo menos eso; todo lo contrario, completamente lo opuesto.

El deber no limita la libertad; y lejos de achicarla, la dilata, la agranda, la desarrolla, la sublima.

Vamos á verlo con mayor claridad que dos y dos son cuatro.

Yo soy un hombre, y como tal libre. Pertenezco á la categoría positiva, soy una entidad, una cosa positiva, soy un signo más.

Puedo representarme de este modo:

Yo = á sustancia que piensa, que puede, que cree y que ama.

$$Yo = s + p + p' + c + a.$$

Yo no hago más que pasar la vida lo más cómodamente posible, y sin curarme de nada, de modo que á la ecuación anterior nada tenga que agregar. Pero usted que me lee, ama á sus semejantes con más vehemencia que yo; mi amor está latente, el de usted manifies-

Digitized by Google

to y en actividad; habrá, por consiguiente, en usted como en mí, los mismos factores esenciales, pero en una modalidad distinta, y esa modalidad será positiva en usted, será también un signo más, puesto que sobre mi amor (a) tiene usted la misma (a) más su mayor viveza, su actividad (b). Tendrá usted, por consiguiente, mi ecuación esencial, pero, á más, lo que represente ese mayor desarrollo de su amor.

$$Yo = s + p + p' + c + a.$$
$$Ud. = s + p + p' + c + (a + b).$$

Pero no solamente ama usted más que yo, sino que también en lugar de pensar sólo, como yo, en lo que puede hacerle la vida cómoda, piensa y se afana en discurrir la verdad y en publicarla, para que los seres á quienes ama con vehemencia sepan lo que les conviene; y su afán no se circunscribe á los hombres de este tiempo, sino que va á los venideros, y les dirige la voz para que le escuchen cuando vengan, y sepan lo que les conviene á su vez, y de las cosas que se deben aprovechar, y del error que deben huir; y en todo esto, su amor se ha dilatado fuera del tiempo de su existencia finita, y la sustancia de usted ha salido de su personalidad, no quedando como en mí replegada, y ha pasado á otra esfera, sin dejar de llenar la que antes llenaba, resultando, por tanto, que su amor ha aumentado más, que su pensar ha aumentado también, y lo mismo su creer; y que su sustancia se ha agrandado igualmente, porque mientras la mia no la haré yo sentir á nadie más allá de la losa del sepulcro, usted hará sentir la suya muchos siglos después, como sentimos hoy á Hipócrates. Luego su ecuación de usted deberá representarse por un valor mayor aún todavía (d).

Yo me quedé en: $Yo = s + p + p' + c + a.$
Ud. estaba en: $Ud. = s + p + p' + c + (a + b).$

Y ahora deberá representarse su ecuación por un valor mayor, puesto que aumentó la intensidad y extensión de su amor, y de su pensamiento y de su sustancia, y hasta de su poder, porque indudablemente, si usted descubre en virtud de su celo una verdad, como toda verdad es trascendental, podrá hacer un beneficio para ahora y para luego; á la manera que Hipócrates, al sentar una verdad médica, puede é influye en la salud de la generación presente y en la de las que restan por venir.

Así, su ecuación de usted deberá representarse de este modo:

$$Ud. = (s + b + d) + (p + b + d) + (p' + b + d) + (c + b + d) + (a + b + d)$$

En este desarrollo de su ecuación, usted podrá muchísimo más que yo; su poder, y por tanto su libertad, será mayor; usted podrá

Digitized by Google

discurrir más y mejor que yo; usted podrá sobre personas que me conocerán á mí en toda su vida; usted, en todo esto que pued será libre para dilatarse más en uno ú otro concepto, y para no latarse, diciendo «aquí llego, y no paso adelante».

Quede esto así.

Ahora vamos á ver cómo se desarrolla mi ecuación en el senti de poder aborrecer, robar, matar y suicidarme.

Mi ecuación era ésta: $Yo = s + p + p' + c + a$.

Yo aborrezco.

¿Qué es aborrecer?

Aborrecer es no amar, es menos que no amar, es odiar; lue aborrecer es una *cosa negativa*.

Pero yo no puedo dejar de *ser amante*: yo podré amar á uno no amar á otro, podré no amar á nadie, pero me amaré á mí misn podré no amarme á mí mismo, y menos que amar á todo el mun odiar á los hombres todos.

Difícil es la realidad de esta exageración; pero aunque que en la esfera de la pasión, y sin que entremos ahora en el estudio los afectos y de las pasiones, ello es que aborrecer es antitético amar; y siendo esto evidente, es evidente que amar correspond la categoría positiva, por lo que aborrecer corresponde necesar mente á la categoría contraria. Y ya que no queramos valorar aborrecer en toda su fuerza negativa, dejémoslo sólo como un *nos*, y como un menos no total de la entidad positiva amor, si como un menos particular ó parcial de dicha entidad, y así nos al rraremos detenernos mucho en resolver las antinomias que ac surgen, porque, aunque es fácil, no quiero distraer la atención principal objeto.

Tomemos, pues, el aborrecer como odiar á uno ú otro individ particular, sin que se extinga por completo el amor que podan tener á otros y á nosotros mismos; ello es que siempre resultará *menos* amor particular, en nuestro amor general.

Así, Yo aborreciendo, afectaré mi ecuación en esta forma:

$$Amar = a.$$
$$Aborrecer = a - b.$$

Luego Yo aborreciendo: $Yo = s + p + p' + c + (a - b)$.

Robar.

¿Qué es robar?

Robar es quitar á otro una cosa contra su voluntad.

Si quito una cosa contra la voluntad de otro, es claro que no tenido poder para que por voluntad me la dé.

Si no me la da por virtud de mi poder, la tomo: no por mi pod

Digitized by Google

sino por mi fuerza; la fuerza es *no poder*, es antitética de poder, luego robar es un *menos poder*.

—Pero yo podré tomarla por la astucia, por el engaño y no por la fuerza.

Es verdad, pero el engaño es la mentira, la mentira es antitética de la verdad, la verdad está en categoría positiva, luego la mentira está en categoría negativa, y ya se ve de todos modos que resulta un *menos*.

$$Fuerza, -poder = Engaño, -verdad.$$

Para que no involucremos cosas que por su complexidad necesitan mucha explicación, supongamos que yo robe por fuerza, y no por engaño (y preferimos esta suposición, porque habiendo ya examinado la fuerza y el poder, y las relaciones de uno y otro, nos ahorraremos el nuevo trabajo que tendríamos que hacer para examinar el valor categórico del engaño).

Yo robo á otro *yo*, á otro hombre, y le robo empleando la fuerza.

La fuerza sabemos que es un *menos poder*; luego odiando y robando soy:

$$Yo = s + p + (p' - b) + c + (a - b).$$

Pero, así como un acto positivo de la libertad de usted, cual lo era ocuparse, por el aumento en intensidad de su amor, en el bien de sus semejantes, aumentó al mismo tiempo su poder y su inteligencia, aquí, por el mismo efecto en contrario sentido, el hecho de robar afecta *en menos* á todos los factores de mi ecuación. En efecto: obsérvese que al robar mengua mi creencia en la verdad, amengua el concepto que tengo de mi propio poder, porque si no fuese así, no procuraría adquirir por robo lo que creyese que podía adquirirlo de otro modo más honesto y menos peligroso, y al mismo tiempo cometo un error de inteligencia.

Luego yo odiando y robando, vengo á menor expresión verdaderamente de lo que expresa la misma ecuación anterior.

Matar.

Matar es quitar la vida.

No tratamos aquí de quitar la vida á los seres puramente finitos, porque esta cuestión se resuelve por las categorías de lo finito.

Examinemos el matar á *otro yo*.

Cuando mato, destruyo una cosa que existía. Sea la vida *(v)*, quito la vida, y resulta: $v - v = o$.

Luego matar es destruir vida. Matar se representa por un *menos* total del ser positivo particular á quien se mató.

Mato, y mi amor se afecta considerablemente en disminución, y mi creer sufre de igual modo, y lo mismo mi pensar, y de igual

Digitized by Google

manera mi poder (ya haya matado empleando la violencia dire
ya indirectamente) y mi sustancia libre, dominada en aquel
preternaturalmente, por el apetito ciego de mi sustancia finit
tal, también se achica; resultando que los factores positivos d
ecuación sufren una sustracción intensiva y extensiva tan cons
rable, que casi me degrada de la categoría de lo libre.

Yo aborreciendo y robando, quedé en esta ecuación:

$$Yo = s + p + (p' - b) + c + (a - b).$$

Ahora aborreciendo, robando y matando, se achica más mi e
ción en esta forma:

$$Yo = (s - b) + (p - b) + (p' - b - d) + (c - d) + (a - b - d).$$

La ecuación de la libertad de usted se agrandó obrando p
deber.

Mi ecuación se achicó obrando contra el deber.

Luego el deber no limita la libertad, sino que la agranda.

Esta demostración, tan opuesta á lo que hasta ahora se ha
do, completa el conocimiento teórico y práctico de la libertad,
fundamental de un nuevo derecho constituyente.

Aún queda mucho que observar. Notaremos sólo lo más in
sante.

Puedo suicidarme.

El hombre es conciencia, y es sér vivo, que ocupa espacio y
ra tiempo.

Como conciencia es superior al tiempo y al espacio, puesto
concibe lo infinito y piensa en la eternidad.

Como sér vivo que ocupa espacio y dura tiempo, es inferi
tiempo y al espacio, y estas dos cosas lo limitan.

Hay, pues, en el hombre dos elementos.

Dos elementos soponen á primera vista dualidad; pero bie
rado no existe tal dualidad.

Una cosa no es dos, ni múltiple, porque se componga de
más elementos, si éstos forman un individuo.

Un árbol no es muchos árboles porque conste de varias par
elementos.

Lo que constituye unidad en lo que no es sólo cantidad,
individual: lo que en su sér y estado deja de ser, si se sep
parte.

El hombre unidad-dualidad es, pues, unidad, como Dios es
dad-trinidad.

*La unidad humana carecería de personalidad, si sus do
mentos no formaran síntesis.*

Digitized by Google

Ahora bien: la unidad humana es una unidad superior á la unidad matemática, porque la unidad matemática es una cosa puramente relativa, hipotética y de simple convenio. Así podemos tomar por unidad una libra, una onza ó un adarme, y siempre partimos de una suposición, por cuanto cualquiera de estas unidades puede dejarlo de ser, si le quitamos la condición de unidad que le prestamos sólo hipotética y relativamente, y para que nos sirva de punto de partida. Así, si convenimos en que sea unidad una libra, será unidad, mientras dure nuestro acuerdo; pero si luego acordamos tomar por unidad la onza, deja la libra de serlo, y pierde su carácter.

La unidad verdadera está en lo individual. Por tanto, es más verdad como unidad *Yo* vivo, que *libra*, *onza*, etc.; porque ya hemos visto que la libra y la onza pueden dejar de ser unidad, pero *yo* no puedo dejar de ser unidad efectiva y real en ningún caso.

Mi unidad es *sub-absoluta*; y así como la unidad matemática no contiene convencionalmente nada, sino que ella se contiene en toda cantidad cuantas veces esté contenida, mi unidad, por el contrario, y por ser unidad superior, contiene realmente una dualidad matemática.

$$\left.\begin{array}{l}\text{Yo } \textit{subjetivo}\\ \text{Yo } \textit{objetivo}\end{array}\right\} = \text{Yo } \textit{personalidad.}$$

Yo puedo suicidarme.

¿En cuánto se extiende mi poder para suicidarme?

Ya hemos visto que nosotros no podemos dejar de ser pensantes, dejar de ser creyentes, dejar de ser amantes; de modo que no podemos sobre nuestro propio poder inmanente y sub-absoluto, ni podemos aniquilar eso en que residen esas propiedades, no podemos suicidarnos en esa sustancia-poder y poder libre.

Y en efecto, así tiene que ser necesariamente, puesto que es inmortal. Pero podemos atacar á nuestro cuerpo, nuestra sustancia mortal, nuestra parte finita, y suicidarnos; y en este caso, perdemos la segunda unidad matemática de nuestro Yo, perdemos *nuestra personalidad en esta vida.*

Queda probado que la personalidad humana carecería de personalidad, si sus dos elementos no formaran síntesis; y como la personalidad es indispensable para realizar nuestro poder fuera de nosotros, en el tiempo y el espacio, resulta que destruyendo nuestra personalidad amenguamos nuestro poder en toda una gran esfera, en la esfera dilatadísima, aunque finita, del tiempo y el espacio.

Como *libertad* es poder realizar nuestro poder en sí y fuera de sí, al suicidarnos sustraemos á la libertad la mitad de su poder, y de este modo, acabamos con nuestra libertad, en todo lo que es posi-

Digitized by Google

ble acabarla; la reducimos á su fórmula más chica. Así al suici me, quedo en: *Yo libre — Yo finito.*

Yo libre — Yo finito = Yo — personalidad.

Ahora bien: si destruyendo mi personalidad me aniquilo c poder en la esfera de esta vida, claro es que mi personalidad es dispensable á mi poder, para realizarse libremente en dirección sitiva en esta vida.

Ya queda demostrado que es así en efecto; de lo cual res ahora que la personalidad entra por mucho en la libertad prác y, en su consecuencia, que encontramos teóricamente la idea d personalidad dentro de la noción de libertad.

Así es en efecto: la personalidad completa la libertad prác mente, y la idea de la personalidad completa teóricamente la no de libertad.

Pues ahora, si el resultado de la agregación de la idea de pe nalidad á la noción de poder convienen teóricamente, con lo hemos observado concreta y prácticamente, en lo que puedo y que no puedo, deberá resultar una última operación, en que q definitivamente comprobada la verdad de todo lo que he afirm Esto es: debe suceder lo que cuando restamos para comprobar suma, y lo que cuando sumamos para comprobar una resta.

Si esta última prueba de lo teórico por lo práctico y lo prá por lo teórico resulta verdadera, ya no podrá caber duda ning y si, además, por la idéa de la personalidad comprobamos la no de libertad, y en la noción de libertad encontramos concorda con la idea de personalidad, entonces ya no podrá caber más c dumbre ni mayor número de pruebas.

¿Qué resulto ser la idea de personalidad?

Individualidad racional, en *aptitud* de realizar el ideal d vida.

Recordemos ahora, ó mejor aún, volvamos á leer, todo lo qu sultó del examen de la personalidad...

¿El ideal de mi vida es engañar, es odiar, es robar, es mata suicidarme?

Claro está que no.

Luego obrando contra el ideal de mi vida no realizo mi pers lidad, sino que la destruyo en gran parte, y totalmente si lle suicidarme.

Todo lo que quitemos á nuestra personalidad, se lo quitan nuestra libertad; todo lo que agreguemos á nuestra personalida lo agregamos á nuestra libertad; todo lo que quiten á nuestra sonalidad, lo quitan á nuestra libertad.

Están, pues, la noción de libertad y la idea de personalida

Digitized by Google

paralelas, correspondientes y conformes, que lo que se sume á una se suma á otra, y lo que á una se resta se resta á la otra.

Pero adviértase lo que voy á decir ahora, porque comprueba muchas cosas de las anteriormente dichas.

La libertad es noción, la personalidad idea; luego la libertad es superior á la personalidad.

En efecto, la libertad es *poder*.

La personalidad es *aptitud*.

La personalidad es *relativa* á la libertad, y está contenida en ésta.

La libertad es *sub-absoluta* y comprende á la personalidad.

La libertad es el poder.

La personalidad es el instrumento del poder.

Nuestra libertad no podemos aniquilarla ni nosotros mismos.

Nuestra personalidad podemos destruirla.

Nuestra libertad nó la consume ni aun la hoguera.

Nuestra personalidad la destruyen la tiranía y el suplicio.

La libertad pertenece á la sustancia libre.

La personalidad, á la sustancia libre y á la fatal finita.

Esta dependencia de dos sustancias la hace más condicional, y por tanto la separa de la categoría de lo sub-absoluto, aunque esté más cerca de la segunda que de la primera.

Después de perder nuestra personalidad en esta vida, subsiste nuestro poder. Por el poder de Fulton se salvan hoy las distancias. La personalidad de Fulton desapareció aquí cuando su vida.

La personalidad es cierto que subsiste tras la muerte, pero es ya en el ideal de otra vida.

La personalidad está sujeta á un ideal.

La libertad no está sujeta ni á sí misma.

La personalidad, como idea, puede definirse y quedó definida páginas atrás.

La libertad no puede definirse.

La personalidad está contenida en la idea del Yo, y en la noción de libertad.

La libertad no está contenida en la idea del Yo, sino envuelta en un sentimiento de conocimiento que el Yo percibe.

El Yo-unidad abraza mi conjunto dualidad y lo circunscribe.

La libertad trasporta al Yo, lo agranda y lo dilata.

Por eso mi esencia es la libertad; y como la libertad no es entelequia, sino cosa real, efectiva, permanente, y tan verdad teórica como práctica, mi libertad es sustancia, sustancia libre ó sub-absoluta; sustancia, que se da cuenta de sí misma, que se siente y se conoce y se distingue; sustancia que tiende á lo infinito, como el grave al centro de la tierra; sustancia que se nos manifiesta inte-

Digitized by Google

riormente, y cuya manifestación interior es la conciencia; su
cia que se manifiesta interior y exteriormente, y cuya manif
ción interior y exterior, como poder, es la libertad; sustancia,
si bien indefinible, se puede dar á conocer caracterizándola, q
lo que hemos hecho, y que por ser su carácter más evidente y
tante é inequívoco su poder libre, le llamamos sustancia libre.
tancia libre, que de hoy más sustituirá á la interina palabra *a*
y que colocada en su verdadera categoría sub-absoluta y pos
esclarecerá la inteligencia humana, para que se conozca m
para que comprenda mejor lo finito, y para que se acerque m
amor y verdad á lo infinito, á cuya esfera, por la noción de la
nipotencia, llegamos con nuestro poder cero-omnipotente.

(Continuará.)

REVISTA DE REVISTAS

La criogenina en la fiebre de los tuberculosos, p
Dr. Oscar Jaime. — Cuando se hace un recorrido por todos lo
tomas de la tuberculosis pulmonar, uno de los que se nos pre
más altanero es la fiebre; esa fiebre que resiste á todos los m
que ponemos en práctica y agotamos, sin otro resultado que
vencernos que ninguna droga, excepto una hasta hoy, haya po
si no evitar de un todo, por lo menos ofrecer algunas ventajas p
bles y de duración en el tratamiento del síntoma cuyo estudio
nuestra atención.

La infección pura por el bacilo de Koch ó su toxina, cuand
fuera del foco localizado, ó la infección combinada de este a
con otros piógenos, saprógenos, etc., produce la fiebre en los t
culosos.

Todos los antitérmicos químicos empleados hasta hoy en
berculosis pulmonar los he usado; y á lo menos en lo que se r
á mi experiencia personal, puedo decir que algunos son inútil
el resto perjudiciales.

Dejando de lado la hidroterapia, cuya indicación tiene sus
tunidades, y no se hace fácil en la práctica corriente aplicarl
frecuencia, el único antitérmico el cual me ha ofrecido la opo
dad de presenciar un hecho que no abunda, y es el efecto ben
so y directo de la droga contra el síntoma, sin dejar tras de sí
menos depresivos ó de otra naturaleza que hicieran de este a
uno de tantos que por un lado provocan bien y por otro resulta
judiciales, es la criogenina.

La criogenina se nos presenta bajo la forma de un polvo c

Digitized by Google

lino, blanco, inodoro, de un sabor ligeramente amargo; su acción tóxica es bastante débil; basta recordar que una inyección intravenosa á dosis de 2,42 gramos de criogenina por kilogramo de peso animal, no llega á determinar la muerte de un conejo.

Yo reúno algunas observaciones de casos de tuberculosis pulmonar, en mi clientela particular, en los cuales el efecto del medicamento podrá verse por la relación de algunos de ellos.

J. H., de la Habana, blanca. Tuberculosis pulmonar de forma crónica. Fiebre que asciende á 39°.

Tratamiento.—Criogenina, 50 centigramos. En un sello, á tomar dos al día.

Resultado.—Apirexia completa, que llegó á sostenerse hasta por espacio de ocho días, en una ocasión. Este caso he dejado de verle, y no he podido seguir su cura.

D. S., de la Habana, blanca. Tuberculosis pulmonar crónica.

Al comenzar á tratarse en mi consulta, tenía fiebres que no eran continuas, distanciadas por espacio de algunos días; sometida á la acción de la criogenina, puedo decir que la fiebre, si se presenta, es tan pequeña y tan de tarde en tarde, que no merece la pena de fijarse en ella.

Y, por último, citaré un caso notable.

M. M., de España. Tuberculosis pulmonar sub-aguda. Fiebre que llegaba á 40°, diaria.

Administré la criogenina; al segundo día el síntoma desapareció, y hoy lleva quince días apirética, permitiendo esto que la enferma coma y se nutra.

Es necesario hacer constar que la administración del medicamento ha ido asociada á la buena aireación y, sobre todo, al reposo absoluto.

La acción antitérmica del medicamento, además de todas sus ventajas, es permanente, cualidad esta última de gran importancia.

Yo hago estas observaciones llevado del deseo de generalizar entre nosotros el uso de la criogenina.

Se recomienda su uso para la fiebre del primero y segundo periodo, pero yo debo hacer constar aquí que la he usado en tuberculosos cavitarios con buen éxito.

Resumiendo, para terminar, diremos que es un antitérmico de empleo fácil, de acción rápida y permanente y de perfecta inocuidad.—(De la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana.*)

Amigdalitis tuberculosa ocasionando la muerte por meningitis tuberculosa sobreaguda, por el Dr. J. Francisco Romero.—Dar el grito de alarma cuando se descubre que el común

Digitized by Google

enemigo toma imprevistos senderos para atacar nuestra vida, b
cando inexplorados rincones para preparar una emboscada á nu
tra salud, si obra es meritoria para el publicista científico, par
médico, guardián y centinela de la salubridad pública, es un de
ineludible y de la más alta responsabilidad.

No pretendo que la relación del caso que motiva estas líneas
ve al ilustrado lector de la *Crónica Médica Mexicana* enseña
alguna, ni siquiera novedad científica. Pero ella será un *alerta*
recuerde á mis respetables colegas casos y teorías que pueden
llarse distantes de su memoria y que quizá sea oportuno recor

Y á los ilustrados médicos que me han hecho el honor de obj
algunas de mis teorías sobre inmunidad palúdica, ruego y sup
desde estas líneas la continuación de su benéfica cuanto impar
crítica, seguros de que sabré agradecer sus valiosas enseñan
máxime cuando, como ahora, toco puntos de la ciencia médica qu
me son familiares.

El día 2 de Junio de 19... fuí llamado para asistir al señor in
niero J. G., joven de veinticuatro años y al parecer de buena c
titución y de muy aventajada estatura. Se quejaba de dolores a
culares y musculares erráticos, y á los cuales daba origen, se
diagnóstico de un médico norteamericano, un reumatismo.

El paciente, con una palidez de anémico, revelaba por la
tracción de las líneas de su rostro—de forma cuadrilátera más b
que oval, y con grandes ojos adormilados y sombreados por lar
pestañas,—revelaba, repito, un agudo sufrimiento.

He aquí el memorándum del enfermo:

En medio de una vida morigerada y abstinente—eran públi
sus buenas costumbres,—y después de ligeros ataques de palu
mo, se sintió acometido por aquellos dolores, que variaban de si
ción á cada momento, ya en la articulación de las falanges, ya e
coxofemoral, ora en los muslos ó bien en los hombros, pero fija y
minante la cefalea y una fiebre que no bajaba de 38,5° á 39° C.
el examen hecho al enfermo no hallé ningún signo visible del reu
tismo poliarticular, ninguna deformación en los sitios indicados
antigua ni reciente. La lengua era ancha y ligeramente saburra
abdomen, timpanizado, no era doloroso á la presión. La auscultac
y palpación sólo me revelaron un reducido oscurecimiento del
món izquierdo en el vértice, circunstancia que atribuí á la prefe
te postura en el decúbito de ese lado durante algunos días; el p
llón que aquí se usa sólo deja accesible un costado de la cama.
bazo estaba hipermegálico, y esto lo sabía yo por haber examin
al paciente hacía algún tiempo en varios ataques de paludismo
se prolongaban algunos días.

Ningún antecedente hereditario de gota ó reumatismo, y sólo

Digitized by Google

gunos infartos ganglionares del cuello, en los primeros años. El paciente era á ojos vistas de temperamento linfático, y predominaba la constitución estrumosa. Por fin, la orina tampoco revelaba un proceso distrófico.

Como sus respuestas fueran negativas á todos los demás puntos de mi interrogatorio—sífilis, gonorrea, etc.,—diagnostiqué intoxicación palúdica y prescribí *quinina* y *salipirina*, consintiendo en que se le dieran unas fricciones con linimento amoniacal cloroformado y con salicilato de metilo.

El día 3 me sorprendió hallar al paciente en el anterior estado: la misma temperatura—que, tomada por la familia de hora en hora, no reveló descenso alguno,—y los dolores erráticos de la víspera. Prescribí salicilato de sosa ó ioduro de sodio y iodo metálico, 3 gramos, 0,80 y 0,01 respectivamente; quinina, acetanilida, cafeína y estricnina.

Por la tarde de ese día—3 de Junio,—en vista de la ineficacia de mis prescripciones, insisto en que el enfermo me dé algunos antecedentes más; busco la gonococia. El enfermo niega rotundamente haber padecido la gonorrea, é incidentalmente me habla de una pequeña operación que hacía diez días le había sido hecha por el citado americano con motivo de unas anginas, las cuales fué necesario incindir para descongestionar.

La revelación estaba hecha. Se trataba probablemente de una intoxicación por un foco de pus. Hice un examen minucioso de la faringe, y hallé hipertrofiadas las amígdalas, la mucosa de la faringe roja y mamelonada, notándose en la amígdala faríngea derecha los folículos hipertrofiados y salientes y una línea grisácea y con puntos ulcerosos: era la huella del bisturí, en mi concepto, inoportunamente empleado.

Tomé un espécimen del barniz faríngeo para examinarlo al microscopio, y cambié rumbo á mi terapéutica. Prescribí enjuagatorios con solución boricada é hidrozono Marchand (1) y toques á toda la faringe con este líquido puro. Sulfhidral hasta saturación, y la trinidad defervescente (aconitina, digitalina y estricnina), quinina y un purgante de calomelanos, metódica y convenientemente distribuida esta larga lista de medicamentos.

Antes de retirarme supe del enfermo que hacía tres ó cuatro años venía padeciendo esas molestas anginas, y que algunas veces le habían obligado á guardar cama por algunos días.

Ninguna fe doy á su negativa sobre antecedentes tuberculosos, y á mi imaginación acude su encorvada figura, su excepcional talla

(1) Por no tener este producto en la botica, se usó el bióxido de hidrógeno.

Digitized by Google

(muy aproximadamente dos metros) y aquel punto opaco de su
món izquierdo.

Preparo mis especímenes tiñéndolos por el Gram, y con ansia
llevo al microscopio. ¡Allí estaba el odioso bacilo de Koch señala
como un índice rojo el origen del mal! Pero eran dos, tres... c
en una superficie de cuatro centímetros, y esto me indicaba un
ligro, no me daba seguridad de que fuera el único, ni siquiera
que fuera el principal, pues á su lado, y llenando todo el campo
sual, se agrupaban en orden de importancia numérica el estafil
co y el estreptococo, un bacilo que pudiera ser el coli; tetrége
un diplococo que pudiera ser el Brison; el bacilo fusiforme de
cent—varias veces hallado en mis investigaciones bucales,—el
totrix bucalis y otras bacterias más raras en número.

Para diagnosticar el paludismo había tomado sangre, que al
croscopio reveló la presencia del plasmodio de la malaria. Pero
de el momento en que las altas dosis de quinina administradas
produjeron la caída de la temperatura, era racional suponer qu
paludismo era—como lo es aquí muchas veces—el testigo presen
de otros procesos. ¿Se trataba de una bacteremia? No, desde el
mento en que la sangre no revelaba la presencia de otro huéspe
que el plasmodio. Se trataba de una toxemia. Pero ¿cuál bacteri
las que allí más abundaban la había determinado? El tiempo u
para salvar estas disquisiciones, y lo importante era saber si a
pequeño foco—una amígdala en la cual se había ahondado co
bisturí la infección—era capaz de sostener aquel síndrome clín
Pero ante todo dejar dilucidado el punto de una probable tuberc
sis preexistente.

En una de las cajas de Petri, que guardo esterilizadas para s
bras y cultivos, hago expectorar al enfermo, y con minucioso
dado recojo de la superficie de la amígdala derecha, y por sep
do, nueva cantidad de barniz, y hago con ambos productos m
ciosas preparaciones, que trato por el método de Gram.

Esta vez no me cabe duda: se trata de la tuberculosis.

Pero antes de interpretar los hechos daré fin brevemente
narración del caso.

A pesar de los antitérmicos más enérgicos y del empleo de
más recomendados antizimóticos; de una continuada desinfec
local, sin olvidarme de mantener corriente el funcionamient
las vías excretorias, y á pesar de dar para esto preferente aten
al tubo intestinal y al hígado, la temperatura sigue subiendo. Y
son 39° C: el termómetro marca 40, 41, 42...

Dados mis escasos conocimientos médicos, me declaro impote
La meningitis ha aparecido rápida y fulminante.

El doctor norteamericano es llamado la noche del día 7, y se

Digitized by Google

peña en vencer aquel formidable proceso, que ya toca á la ejecución de su sentencia, por medio de... repetidos baños en agua tibia.

El enfermo sucumbe el día 8 á las primeras horas de la mañana, presentando el estrabismo, las convulsiones, el rictus, etc., de la meningitis aguda.

***

Para mí es indudable que el médico que asistió á nuestro caso en su primera amigdalitis pasó por alto, y con una ligereza que debo haber cometido yo mismo muchas veces, estos dos signos conmemorativos: un rápido crecimiento ó desarrollo en la talla, que el enfermo en cuestión refería tuvo lugar en muy breve período, resultando su tipo exageradamente alto en comparación con la talla de los miembros de su familia. En suma: desarrollo exageradamente rápido y anormal de un organismo de temperamento linfático. Segundo: pronunciado encorvamiento de las espaldas, correspondiendo á esto un anormal hundimiento del pecho.

Y desde aquí, de dos hipótesis, la una: ó el germen tuberculoso se fijó en ese organismo en el momento de atravesar el período crítico de un rápido desarrollo, y sin manifiestas explosiones vivió allí durante los cuatro ó cinco años anteriores para prender sus renuevos en la amígdala que se inflama y ulcera, según el conmemorativo hace tres años, quizá mucho antes; ó *in situ* se hace la infección desde la primera angina, desciende por la vía linfática á los pulmones y establece el padecimiento constitucional poco tiempo después, para ser revelado con una nueva infección local, como veremos más adelante.

Contra la primera, campean las poderosas razones siguientes: es muy difícil que un organismo se sostenga en el aparente estado de robustez que conservaba en el momento de la derrota, llevando durante años un padecimiento tan destructor como la tuberculosis, y esto en un terreno que es el propio de esta enfermedad: terreno estrumoso. Además, no llegaron á presentarse los síntomas de la invasión, de la posesión, mejor dicho, del bacilo de Koch: hemoptisis, vómitos rebeldes, disfagia, etc., pues el paciente me negó formalmente la existencia de estos hechos. Y por último, no se percibían los ruidos cavitarios que, en este caso, por el tiempo y por la constitución eran de rigor, ni al examen bacterioscópico había bacilo alguno en la sangre.

Contra la segunda hipótesis, hay: la rara ocurrencia de estos casos, según las más severas estadísticas; la de que en el estado de Colima—Colima y Manzanillo, en éste principalmente—la tuberculosis es, si no rara, casi rara; la de que en la mayoría de los casos asciende del pulmón con los esputos el germen infectante, lo cual

Digitized by Google

coloca el caso en la primera hipótesis. En fin, el cuasi aislami en que el joven enfermo vivía, dedicado á una profesión—inge ro agrimensor—que obliga á una vida de campo ó exige el a miento del gabinete.

Pero existiendo el hecho (1), revelado por el más seguro y v de los testimonios, el del microscopio, y teniendo esta segunda h tesis menos objeciones, y siendo éstas más combatibles, debe creer que la infección tuberculosa se verificó en nuestro caso las amígdalas; que de allí pasó por el oído medio á las menin y estableció la meningitis tuberculosa; lo cual no se opone á propagación en el sentido descendente hacia el pulmón, pero réciente, tolerable y oscurecida por las vivas manifestaciones ataque cerebral.

¿Qué participación debemos suponer que tuvo la interven quirúrgica—incisión de la amígdala—llevada á cabo pocos antes? En mi concepto, indicó y facilitó el camino para la propa ción del mal hacia el oído medio. Y esto, no por haber penetrad bisturí *hasta allá* ó poco menos, sino por haber facilitado la in gración del bacilo por la vía circulatoria, por haber preparado amplio aposento á tan diligente huésped, por haber *sembrado* la hoja de acero el bacilo en todo el trayecto que recorrió. Aden ninguna precaución se tomó antes de cortar, ninguna asepsia, n la boca, antes ni después, ni en el mismo bisturí que iba á incir tejidos que eran el sitio de una infección, sea cual fuese la que haya supuesto. Por la gravedad de esta nota insistí con el pacie y con la familia en que precisaran bien sus recuerdos: unánimem te sostuvieron lo que dejo asentado.

***

De todo lo expuesto se deducen las enseñanzas siguientes:

1.ª Por cualquier motivo que se suponga inflamadas, hiper fiadas, etc.—en estado patológico, en suma,—á las amígdalas, co tituye el primer deber del médico desinfectar, esterilizar con cuencia estos órganos, y la boca y faringe en general.

2.ª En caso de intervención quirúrgica, jamás usará un inst mento sector para atacar á estos órganos en el estado patológico no fuere el galvano-cauterio; prefiriendo en todo caso vaciar una aguja roma las criptas y folículos amigdalinos, y esto bajo más rigurosa asepsia.

3.ª Siempre que le sea posible, procurará cerciorarse de la

(1) Al examinar aisladamente el espécimen tomado de la amígdala y el de la ex toración pulmonar, hallé tan abundantes bacilos de Koch en el primero como en l gunda. Y aunque esto pruebe muy poco, lo cito como nota de rigurosa observación.

Digitized by Google

turaleza del agente patógeno, tanto por medio del microscopio como por el de la inoculación experimental en el animal.

4.ª Explorar cuidadosamente los pulmones en estos enfermos, á fin de prevenir la infección tuberculosa de las amígdalas al paso de los esputos, prescribiendo ineludiblemente los enjuagatorios bucales antisépticos después de cada expectoración; pues, en mi humilde concepto, las estadísticas dan una cifra más baja de la que á estos casos, en realidad, corresponde.

Y para concluir: ¿no sería lógico y razonable proponer á todos los que llevan un terreno estrumoso la ablación de esos órganos, para los cuales no ha hallado la fisiología un papel serio en la función económica, y esto antes de presentarse la tuberculosis, por poca que sea la frecuencia con que se alteren? Y ¿qué objeción se podría oponer á su extirpación? No la de su función lubrificante del bolo alimenticio, para lo cual se bastan los múltiples elementos glandulares de la cavidad bucal; no el apoyo que pudieran prestar á los pilares para la deglución, pues ningún defecto se ha observado en los que la propuesta operación han sufrido al verificar tal acto...

En mi concepto, el solo hecho de no alterar su ablación el correcto funcionamiento de la deglución y digestión, y la seguridad de producir su presencia un solo caso como el que viene siendo objeto de estas líneas, autoriza sobradamente á proponerla en las condiciones que ya expuse.

Ojalá y los que en su carnet de observaciones guardan casos como el que refiero, quisieran publicarlos para formar á este punto de la tuberculosis su proceso estadístico en nuestro país; y ojalá también algún compañero quisiera señalar los errores en que incurra yo en mis apreciaciones, así como las observaciones y reproches que pueda merecer el tratamiento que impuse y juzgué más oportuno, indicándome entonces si en tan grave caso es de señalarse alguna omisión terapéutica. Ganaríamos mucho el público y yo.

Por lo demás, espero insistir sobre algunos de los puntos que hoy toco de paso, sujetándome á los límites de un artículo periodístico, pues hay mucha cizaña todavía por extirpar en nuestros campos científicos.—(De la *Crónica Médica Mexicana*.)

Vómitos, por el Dr. José León Martínez, *Encargado del departamento de hombres de la sección de clínica del Instituto Patológico*.—Se llama vómito al acto por el cual es expulsado el contenido del estómago, y se da el nombre de vómitos á las materias arrojadas. Teniendo en cuenta el aspecto de éstas y los elementos que las constituyen, se ha admitido siete variedades de vómitos, á

Digitized by Google

saber: alimenticios, acuosos, mucosos, biliosos, sanguíneos, pu lentos y fecaloides.

Los vómitos *alimenticios*, como su nombre lo indica, están c tituídos en su mayor parte por alimentos que han permane tiempo variable en el estómago, y que se encuentran más ó nos digeridos; en algunas veces, la modificación que dichos mentos han sufrido no es tan marcada que no permita recono los; pero en otras, la alteración es mucho más profunda y es di identificarlos. En un enfermo que ocupaba la cama núm. 3 d sala de clínica de tercer año en el Hospital de San Andrés, s este último hecho: el vómito, que generalmente sobreviene mu tiempo después de la ingestión de los alimentos, está constit por una masa café, de aspecto uniforme, en la que no se pued la simple vista, reconocer las distintas clases de materias ali ticias.

Según el tiempo que permanecen los alimentos en el estóm se dividen los vómitos alimenticios en *precoces* y *tardíos;* los meros sobrevienen poco después de la ingestión, y los segundos dan más ó menos, pudiendo acaecer seis ú ocho horas más tard

Los vómitos acuosos están formados por materias más ó m fluidas; unas veces están constituídos casi exclusivamente por liva deglutida, conteniendo copos compuestos de celdillas epit les y gotas de grasa; generalmente son, en este caso, de reac alcalina; mas puede suceder que sean neutros ó ácidos, merc su mezcla con el contenido del estómago. Otras ocasiones, los vó tos acuosos tienen por origen líquidos trasudados en el interior aparato gastro-intestinal, siendo entonces incoloros ó amarillen y teniendo en suspensión copos blanquizcos, comparables á gr de arroz.

Forman, principalmente, los vómitos *mucosos* materias hilan viscosas, opacas, incoloras ó ligeramente coloridas en verde po bilis, á las cuales se mezclan residuos alimenticios. Su nombre plica claramente su naturaleza. Frerichs ha hecho notar que la mentación de los hidrocarburos en el estómago puede dar nacim to á productos viscosos, hilantes, muciniformes, que no deben fundirse con el moco verdadero; mas para hacer tal diferencia es preciso recurrir al análisis químico.

En algunos casos, la bilis refluye del duodeno á la cavidad trica, de donde puede ser arrojada bajo la forma de vómitos cuales se designan con el nombre de *biliosos*. De ordinario, vómitos tienen coloración verdosa de intensidad variable, qu debida á la acción del ácido del estómago sobre la materia rante biliar. Como tipo de este género, deben mencionarse los mitos llamados *porráceos*, los cuales sobrevienen en alguna e

Digitized by Google

medad del peritoneo, y están constituídos por masas bastante espesas de coloración verde herbácea.

Los vómitos *sanguíneos*, como su nombre lo deja comprender, están formados de sangre más ó menos alterada por la acción del jugo gástrico, siendo necesario para que tales vómitos existan que se haya producido en la mucosa del estómago una hemorragia. Si la cantidad de sangre derramada dentro del ventrículo ha sido bastante considerable, el reflejo vómito se reproduce rápidamente, el jugo gástrico no tiene tiempo de ejercer su acción y, por consecuencia, la sangre es arrojada con su color propio, en parte líquida y en parte coagulada; mas si, por el contrario, la cantidad es corta, no da lugar al vómito sino al cabo de cierto tiempo, durante el cual el jugo gástrico obra sobre dicha sangre. En estas circunstancias, las materias vomitadas son negruzcas y tienen un aspecto que se ha comparado al del bagazo del café.

Independientemente de los vómitos sanguíneos que se acaban de mencionar, hay otros en cuya composición puede entrar la sangre; tal hecho se observa cuando los esfuerzos del vómito, muy enérgicos, han determinado la rotura de pequeños vasos, y cuando la sangre que proviene de las fosas nasales ha sido deglutida.

El pus que constituyen los vómitos *purulentos* procede raras veces del estómago mismo; lo más frecuente es que la supuración haya nacido en alguna víscera cercana, pudiendo variar un poco, según el origen, el aspecto de las materias vomitadas.

Los vómitos *fecales* están compuestos unas veces por productos del intestino delgado, y son entonces líquidos, de color verdoso ó amarillento y de olor fecal; otras, están formados por materias estercorales sólidas, que proceden del intestino grueso; los primeros merecen más bien el nombre de *fecaloides*, reservando para los segundos el de *fecales*.

Sea cual fuere la naturaleza de las materias vomitadas, éstas pueden ser analizadas con la intervención de reactivos (estudio químico) ó sin tal intervención (estudio físico). Este último puede subdividirse, además, en macroscópico y microscópico, según que se haga á la simple vista ó por medio del microscopio. Me ocuparé de estos diversos estudios en el orden siguiente: primero, estudio físico macroscópico; segundo, estudio físico microscópico; tercero, estudio químico. En cada uno de ellos me concretaré solamente á lo que tengan de más esencial.

Estudio macroscópico.—Por él se inquieren la cantidad de materias arrojadas, su consistencia, su olor y la presencia en ellas de distintos elementos, que son susceptibles de ser reconocidos á simple vista.

La cantidad puede ser apreciada aproximadamente *de visu*, ó

Digitized by Google

si se quiere obtener mayor grado de precisión, se puede medirla probetas ó copas graduadas. Entre proporciones mínimas y canti des considerables, que, al decir de Eichhorst, pueden llegar ha diez litros, se ve variar el volumen de las materias vomitadas. l vómitos más abundantes sobrevienen en una enfermedad del es mago llamada *dilatación*, en la que la cavidad del ventrículo cre lo que le permite contener grandes proporciones de materias. En vómitos acuosos, la consistencia, como ya queda dicho, es fluida; viscosa é hilante en los mucosos; puede ser grumosa en los alim ticios; y es sólida en los sanguíneos, cuando la sangre es expulsa bajo la forma de coágulos. El olor que se encuentra ordinariame en los vómitos es agrio; pero este olor dista mucho de ser el úni La naturaleza de las materias ingeridas, por una parte, y los pro sos de fermentación desarrollados en el interior del estómago, inf yen poderosamente sobre tal carácter: en testimonio de lo prime se puede citar el olor alcohólico que poseen los vómitos de perso que se encuentran en estado de ebriedad; y el aliáceo, que se obs va en los de las que han sido envenenadas con el fósforo.

Al hablar de los vómitos fecaloides he hecho mención del o que les es característico, y que es comparable al de las heces.

La fisiología enseña que las materias azoadas se eliminan po riñón, principalmente bajo la forma de urea; mas si dicho órga por razones de orden patológico, no da ya libre paso á la urea, é tiende á buscar vías de eliminación suplementarias, siendo una ellas la superficie de la mucosa gástrica. La urea, así eliminada, transforma en carbonato de amoníaco, y comunica á las mater vomitadas olor amoniacal. En algunos casos en que se ha produc hemorragias en estómagos por los que se estaba eliminando ur los vómitos han presentado olor cadavérico repugnante. Finalme en ciertos estados patológicos del estómago, el olor de las mater vomitadas es pútrido.

Los elementos susceptibles de ser reconocidos á la simple vi que más comúnmente se encuentran en los vómitos, están constit dos por materias alimenticias, siendo la carne y algunos despo vegetales, como, por ejemplo, fragmentos de jitomate, los que mayor facilidad pueden ser identificados; deben también men narse las partículas estercorales sólidas, que constituyen los vómi fecales. En algunos casos pueden encontrarse concreciones sólid ya sea bastante pequeñas, ya de dimensiones un poco mayores en este caso redondeadas ú ochavadas, de color moreno, ama llento ó verdoso, que se han formado en los canales biliares ó en vesícula de la hiel, de donde ha pasado al duodeno, refluyendo d pués hacia el estómago. Una última variedad de elementos, reco cibles á la simple vista, está constituída por parásitos que habit

Digitized by Google

el intestino, los cuales han llegado á la cavidad gástrica franqueando el piloro. Los más comunes son los ascárides y los fragmentos de tenias; los primeros se presentan bajo la forma de gusanos redondeados, de color blanco rosado, de extremidades adelgazadas y de veinticinco á cuarenta centímetros de longitud. He tenido oportunidad de ver vomitar tres de estos parásitos, en unos cuantos minutos, á un enfermo que ocupó la cama número 12 de la Sala de Clínica del tercer año del mencionado Hospital.

Los fragmentos de tenias afectan la forma de cintas, constituídas por la reunión de piezas rectangulares que se designan con el nombre de anillos.

Estudio microscópico.—El examen microscópico de las materias vomitadas tiene por objeto la identificación de los elementos que en ellas se encuentran, y que por sus dimensiones no pueden ser vistos sin ayuda de aparatos amplificadores. Prescindiendo de los casos en que se trata de investigaciones bacteriológicas ó anatomo-patológicas, casos que reclaman técnica especial, en las demás veces basta tomar con una pinza partículas de dichas materias, y desagregarlas, por medio de agujas de disección, en una lámina portaobjeto y en el seno de una gota de solución normal de cloruro de sodio, cubriendo en seguida la preparación así obtenida con una laminilla cubreobjeto. Como se comprende, para formarse idea cabal de los elementos que constituyen los vómitos, se necesita hacer varias preparaciones, tomando partículas de aspecto macroscópico diferente. Estas preparaciones deben ser vistas con aumentos de 300 á 400 diámetros; en ellas pueden encontrarse despojos de alimentos, residuos biliares, celdillas epiteliales, elementos de la sangre y pequeños colgajos de tejidos. Los despojos alimenticios son muy variados, siendo en algunas ocasiones difícil su identificación. Los que con más frecuencia pueden verse son los siguientes:

I. Fibras musculares, que, si no han sido muy alteradas, pueden reconocerse en su estriación transversal; en el caso de que se encuentren en un período de digestión bastante avanzado, la estriación desaparece, los contornos se hacen redondeados y su contenido se vuelve granuloso.

II. Fibras elásticas, bien caracterizadas por su forma acintada y por su doble contorno, claramente perceptible.

III. Grasa, que unas veces se presenta en gotas muy refringentes, y que en otras afecta la forma de agujas delgadas incoloras, aisladas ó reunidas en haces y susceptibles de ser disueltas por el éter.

IV. Granulaciones amiláceas, redondeadas ó piriformes, en las que es posible ver algunas veces estratificación concéntrica.

V. Celdillas de parénquima vegetal, generalmente bastante

Digitized by Google

grandes, de contornos de una regularidad casi geométrica y reuni por sus bordes en número variable.

Los residuos biliares se presentan bajo la forma de masas g mosas ó coposas, de coloración amarillenta.

Las celdillas epiteliales son: ya celdillas planas del epitelio de boca, poligonales, de 40 á 80 milésimas de milímetro de diáme poseyendo un protoplasma finamente granuloso y un núcleo eli co brillante con nucleolo; ya celdillas prismáticas del epitelio g trico, provistas de un núcleo voluminoso, que generalmente se llan más ó menos alteradas.

Los elementos de la sangre están representados por leucocito por hemacias; la forma más comúnmente encontrada de los pri ros es la de los polinucleares: quiere decir, glóbulos esféricos, g nulosos, provistos de núcleos múltiples. Para poderlos encontrar tales caracteres, se necesita que no hayan permanecido largo ti po en el estómago, pues si tal cosa hubiere sucedido, se encontra sólo masas granulosas ó núcleos libres multilobulados. Reserva a loga puede hacerse respecto de las hematías, que, cuando no sido alteradas por la acción del jugo gástrico, se presentan co forma característica de discos bicóncavos de color amarillento el caso contrario, son espinosos ó bien se vuelven convexos y p den su color. Cuando han sido profundamente alteradas, que reducidas á masas granulosas de color amarillo, moreno ó rojizo

Se ha señalado en algunos vómitos la presencia de cristale fosfato amonio-magnesiano, cuya importancia es secundaria.

Los colgajos de tejidos son unas veces fragmentos de las pare del estómago; y otras, masas neoplásicas.

A la primera clase pertenecen las pequeñas porciones de mu gástrica estudiadas por Boas, Hemmeter y algunos otros; son f mentos bastante pequeños, de coloración blanca ó rojiza, difí de encontrar en las materias vomitadas, pudiendo serlo con me dificultad en las aguas de lavado del estómago, principalm cuando este lavado ha sido hecho en ayunas. Para poderlas enc trar, ya sea en los vómitos, ya sea en las aguas del lavado, es veniente poner unas ú otras en un cristalizador, que se apoyar bre fondos blanco y negro alternativamente. Estos fragmentos considerados por Hemmeter como el resultado de una exfolia que se verifica de una manera constante en la mucosa gástric mismo en las personas sanas que en las enfermas, pero afect aspectos microscópicos distintos en unas y otras, lo que permite lizarlos para el diagnóstico.

Harctunng cree que estos fragmentos proceden de pequeñas siones de la mucosa del estómago, admitiendo que por el hech contracciones enérgicas de la túnica muscular se producen ár

Digitized by Google

primero congestivas y después hemorrágicas, que sucumben á la acción digestiva del jugo gástrico, y que son desprendidas por nuevas contracciones.

A la segunda categoría pertenecen los fragmentos de tumor que se han separado de la superficie de la mucosa del estómago, y que se han mezclado á su contenido, con el cual son expulsados. Para estudiar estos fragmentos se recurrirá á técnica especial de orden histológico, cuyos tiempos pueden resumirse así: 1.°, ligero lavado en agua; 2.°, fijación en solución alcohólica de formalina al 10 por 100; 3.°, lavado y deshidratación en alcohol sucesivamente de 85, de 90 grados y absoluto; 4.°, inclusión en celoidina y corte en lámina muy delgada con el microtomo; 5.°, coloración en solución de hemateína, lavado en agua hasta obtener color azulado y segunda coloración en eosina; 6.°, lavado con alcohol de 85 grados y deshidratación en alcohol absoluto; 7.°, esclarecimiento con aceite esencial de clavo ó con aceite de bergamota; finalmente, montado de la preparación en bálsamo de Canadá.

Constantemente se encuentra en las materias vomitadas microorganismos diversos, la mayor parte de los cuales afectan las formas de bacilos y de cocos; mencionaré solamente tres especies, que pueden tener interés desde el punto de vista del diagnóstico, á saber: los bacilos *geniculatus*, las levaduras y las sarcinas. Los primeros son bastoncitos, unidos por sus extremos, afectando formas de ángulos ó de zig-zag; son anchos, inmóviles, y se tiñen homogéneamente con los colores de anilina, pudiendo, sin embargo, ser vistos sin necesidad de coloración. Estos bacilos existen en proporción abundante cuando el contenido del estómago es rico en ácido láctico, como pasa en alguna enfermedad maligna, para el diagnóstico de la cual pueden ser utilizados. Pueden colorarse, cuando así se desee, con una solución de azul de metileno al 2 por 100, que se haga obrar durante medio minuto.

Las levaduras son cuerpos muy refringentes, de dimensiones casi iguales á las de los leucocitos, reunidos en grupos de tres ó más; estos parásitos son numerosos cuando por consecuencia del estancamiento del contenido del estómago se desarrollan procesos de putrefacción. Se pueden ver fácilmente sin adición de materias colorantes.

En condiciones de todo punto semejantes se ven germinar las sarcinas, las cuales se presentan bajo la forma de celdillas cúbicas, divididas en cuatro porciones regulares por dos surcos profundos, dispuestos perpendicularmente uno á otro en forma de cruz. Con mucha frecuencia se hallan reunidos en grupos que tienen el aspecto de pacas de algodón; cuando existen en gran número, forman masas morenas opacas, en las que es difícil distinguir detalles,

Digitized by Google

siendo necesario entonces para poderlas estudiar añadir una go de solución diluída de potasa, bajo cuya influencia se separan un de otros los distintos individuos. Sydney Martin, en su tratado enfermedades del estómago, hace constar que las sarcinas se col ran intensamente por la acción de los colores de anilina, apar ciendo entonces bajo el aspecto de manchas oscuras, difíciles de e tudiarse; y recomienda que se use para colorarlas, cuando se quie hacerlo, una solución de violeta de genciana muy diluída, hasta punto de ser transparente. Estos parásitos pueden existir, como hace constar Hemmeter, en el contenido del estómago sano, sien entonces raros; su pululación abundante se hace en las condicion antes enunciadas. Se ha encontrado también en las materias vom tadas *leptotrix bucalis* bajo la forma de filamentos, de 15 á 1 milésimos de milímetro de largo por uno de ancho, rectos ó más menos encorvados, dispuestos en haces; y *oidium albicans*, cons tuídos por filamentos tubulados, rectos ó curvos, de borde oscuro parte media transparente, presentando estrangulamientos de trech en trecho; entre los filamentos se ven algunos esporos ovoídeos.

Para llevar á cabo el estudio bacteriológico de las materias v mitadas, se toman pequeñas cantidades, á las que se añade di á quince veces su volumen de agua destilada, y el todo es agitad vivamente durante un tiempo bastante largo, de modo que se me clen uniformemente. Si el aspecto del líquido fuere muy turbi habrá necesidad de añadir nueva cantidad de agua y volver á ag tarlo. De esta mezcla se toma una pequeña gota, que se coloca en centro de un cubreobjeto, el cual es invertido y colocado suaveme te sobre la celdilla de Virchow, de manera que se obtenga lo que llama preparación en gota suspendida. En esta preparación pue hacerse un estudio de conjunto, que será seguido, en caso neces rio, de preparaciones especiales, hechas con un fin determinado.

Puede también extenderse una pequeña cantidad de la mezc antes mencionada sobre un cubreobjeto, el cual se seca á la llam de una lámpara de alcohol; en seguida se colora con el rojo de Zie diluído al 10 por 100, se lava y se monta con bálsamo de Canad Estas dos maneras de proceder son las que he visto emplear en Sección de Bacteriología del Instituto Patológico.

Accidentalmente pueden encontrarse en las materias vomitad huevos de parásitos, ascárides ó tenias, que han pasado del intes no. Los huevos de ascárides son redondos, de 60 milésimos de mil metro, de contenido granuloso, provistos de una envoltura en la q se puede distinguir un doble contorno, y á la que de ordinario r dea una capa albuminosa irregular, colorida en verde por la mat ria colorante de la bilis.

Los huevos de tenia armada y de tenia inerme son elípticos, t

Digitized by Google

niendo 40 milésimos de milímetro en su eje mayor y 30 en el menor. Su cubierta es gruesa, presenta estrías radiadas muy claras, y algunas veces está forrada por una capa hialina albuminoide.

Los huevos de botriocéfalo son igualmente ovales, pero más grandes que los anteriores; su membrana de cubierta es morena, siendo posible distinguir en ella, hacia uno de los polos del huevo, un pequeño opérculo.

Estudio químico.—El examen químico puede hacerse para inquirir la composición del jugo gástrico segregado por el estómago, para investigar la reacción del contenido del ventrículo y la presencia en él de sustancias anormales, á saber: moco, bilis, etc. Como quiera que el estudio de la secreción gástrica se hace en condiciones más propicias en el líquido extraído por medio de la sonda, no me ocuparé sino en la investigación de las sustancias anormales.

La reacción se determina por medio del papel tornasol; generalmente es ácida, y esta acidez se exagera cuando existen procesos anormales de fermentación en el contenido del estómago. Eichhorst refiere que en cierta ocasión cayó sobre la carpeta de su escritorio un poco del vómito de un enfermo, vómito que era de una acidez tal que quemó la carpeta, en la que quedaron manchas rojas.

De ácida puede tornarse la reacción alcalina, hecho que se observa frecuentemente cuando con el contenido del estómago se mezclan cantidades considerables de sangre, sin que sea ésta la única circunstancia en que se encuentra reacción alcalina.

El moco se presenta, como ya queda dicho, bajo la forma de masas viscosas ó gelatinosas, que pueden confundirse con los productos muciniformes que resultan de la fermentación de los hidrocarbonados. Para hacer la diferenciación se tratarán las masas viscosas por una solución de potasa ó de barita, que las disolverá si se trata de moco, siendo en seguida posible precipitar la mucina de esta solución tratándola por el ácido acético.

La saliva podrá ser denunciada sumergiendo en el producto que se obtiene colando las materias vomitadas una varilla humedecida en solución de percloruro de hierro, lo que determina la aparición de un color rojo intenso, que no se modifica por la ebullición ni por la acción de los ácidos.

La presencia de la bilis se reconoce por la reacción de Gmehlin; para practicarla se colocará en el fondo de una copa de ensayo una corta cantidad de ácido nítrico nitroso, y en seguida se hará escurrir suavemente sobre las paredes de la copa un poco de líquido que se habrá obtenido colando á través de una tela las materias vomitadas; si hubiere pigmentos biliares, se desarrollará en el punto de contacto de los líquidos una coloración verdosa más ó menos oscura.

Se puede averiguar la presencia de pus añadiendo á las mate-

Digitized by Google

rias vomitadas amoniaco, bajo cuya acción toma una consistenc gelatinosa.

Generalmente se aconseja, cuando se desea inquirir la presenc de sangre, proceder de la manera siguiente: se toma una peque cantidad de las materias vomitadas, á la que se añade un centím tro cúbico de tintura de guayaco y volumen igual de un reacti compuesto de: ácido acético glacial, 2 gramos; agua destilada, gramo; esencia de trementina y alcohol, de cada cosa 100 gram se agita la mezcla fuertemente, y si hay sangre se producirá co azul. Weber ha modificado la reacción de la manera siguiente: trata el líquido vomitado por su tercio de ácido acético glacial y agita con éter, el cual se separa y se trata por 10 gotas de tint de guayaco y 20 de esencia de trementina. Cuando hay sangre, mezcla se colora en azul; en el caso contrario, toma un tinte r moreno. Sydney Martin hace notar que esta reacción tiene dos convenientes: primero, que el color azul puede aparecer sin q haya sangre, pudiendo ser determinada por la saliva, la bilis y hidratos de carbono; segundo, que la reacción no se produce, más que haya sangre en las materias vomitadas, cuando éstas h permanecido un tiempo bastante largo en el estómago y han su do la acción del jugo gástrico. En vista de las dos razones an mencionadas, recomienda que se investigue la presencia de la s gre por la reacción de los cristales de Teichmann, y aconseja p ceder así: se colocará una pequeña cantidad de la materia negr ca, que se supone ser sangre, sobre un cubreobjeto, añadiendo u cuantos pequeños cristales de cloruro de sodio y una ó dos go de ácido acético; el todo se calentará hasta que se desprendan pores. Los cristales de clorhidrato se reconocerán en su forma prismas rómbicos, y en su color amarillo rojizo ó moreno. E reacción es, por otra parte, difícil de hacerse.

Adjunto un cuadro, en el que he tratado de resumir los da concernientes al estudio de los vómitos.

Digitized by Google

- **ESTUDIO DE LOS VÓMITOS**
  - **FÍSICO**
    - **MACROSCÓPICO**
      - **Aspecto**
        - Vómitos alimenticios.
        - » acuosos.
        - » mucosos.
        - » biliosos.
        - » sanguíneos.
        - » purulentos.
        - » fecaloides.
      - **Cantidad** — Hasta 10 litros.
      - **Consistencia**
        - Líquida.
        - Grumosa.
        - Viscosa.
        - Sólida.
      - **Olor: agrio**
        - De putrefacción.
        - Cadavérico.
        - Amoniacal.
        - Fecal.
        - Olores diversos en relación con las substancias ingeridas.
      - **Presencia de elementos visibles á la simple vista.**
        - Residuos alimenticios.
        - Materias fecales.
        - Concreciones.
        - Parásitos.
        - Falsas membranas.
    - **MICROSCÓPICO**
      - **Despojos alimenticios**
        - Fibras musculares.
        - Grasas.
        - Granos de almidón.
        - Parénquima vegetal.
      - **Residuos biliares.**
      - **Epitelio**
        - Pavimentoso (de la boca).
        - Cilíndrico (gástrico).
      - **Leucocitos (polinucleares).**
      - **Hematías.**
      - **Colgajos de tejidos**
        - Normales.
        - Patológicos.
      - **Cristales (de fosfato amonio-magnesiano).**
      - **Parásitos**
        - Bacilus geniculatus.
        - Levaduras.
        - Sarcinas.
        - Oidium albicans.
        - Leptotrix.
        - Huevos de tenias.
        - Huevos de ascárides.
  - **QUÍMICO**
    - **Reacción**
      - Ácida.
      - Alcalina.
    - **Estudio de la secreción gástrica.**
    - **Presencia de elementos anormales**
      - Saliva.
      - Moco.
      - Bilis.
      - Pus.
      - Sangre.

(Del *Boletín del Instituto Patológico*, de México.)

Digitized by Google

BIBLIOGRAFÍA

POR LUIS MARCO

Sobre o tratamento cirurgico do mal de Bright, pela nephrocapse mia (Operacão de Edebohls). Tesis de Concurso por el PROF. DR. FRANC SOARES BRANCO GENTIL, *Jefe de Clínica quirúrgica de la Escuela Médico-Quir ca de Lisboa, Cirujano de los Hospitales.*—Octubre de 1904: Imprenta de Libani Silva, Rua das Gaveas, 29 y 31, Lisboa.—Un tomo de 290 mm × 180 mm, páginas un fotograbado y diez láminas en fototipia, conteniendo 19 figuras.

Las Monografías que tratan asuntos nuevos é importantes, abundancia de datos y detalles, con método y claridad, con abso to conocimiento científico y plena posesión práctica de la mate con extensión en los conceptos y sobriedad en las palabras, con chos é ideas de labor personal y propia..., son las producciones c tíficas más estimables y con mayor justicia estimadas en la ép contemporánea.

Cual uno de los más acabados modelos de Monografías á la derna debe figurar el espléndido libro del ilustre profesor lisbon se Dr. Gentil. Es un trabajo de sabio y de clínico, de cirujano ge ral y de especialista. En prueba de ello, analizaré su contenid sus conclusiones.

Consta de dos partes, la primera dividida en siete capítulos y segunda en tres artículos; terminando por una copiosa y actual bliografía, ceñidísima al asunto.

El capítulo I es muy breve y se limita á exponer parcamente naturaleza de la enfermedad de Bright según los principales a res que de ella han tratado. Y viene á parar en dividir el asp clínico de las nefritis crónicas, desde el punto de vista de su terap tica operatoria, en tres grupos: nefritis distópicas; nefritis hema ricas dolorosas; nefritis parenquimatosas, intersticiales y mixtas

Cortas son también las dimensiones del capítulo II, destinad historiar el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Bright, de los primeros antecedentes de intervención en la cápsula r por otros motivos, hasta la nefropexia curativa de nefritis crón en riñones ptósicos y la decapsulación renal en riñones fijos enfermos de nefritis parenquimatosa crónica. Estas dos interven nes operatorias, con esa finalidad terapéutica preconcebida, so primer ensayo de tratamiento quirúrgico de la enfermedad Bright, siendo realizadas por Jorge Edebohls (de New-York) en 1 y en 1901 respectivamente. Desde entonces acá son muchos los c janos que han operado con dicho propósito la nefrocapsectomía autor da cuenta de sus nombres, entre los cuales figura dignam el suyo.

Digitized by Google

El capítulo III es el más extenso de la obra (120 páginas), como dedicado á explicar los fundamentos científicos de la nefrocapsectomía; sólo la reseña detallada de los trabajos experimentales hechos con ese fin ocupa sus cien páginas. Las experiencias descritas más por menor son las de Asakura (japonés), Fabris y Ferrarini (italianos) y las personales del autor. Completan este fundamental capítulo breves pero sustanciosas consideraciones acerca de la neoformación de la cápsula renal y vasos capsulares, cómo penetran éstos en el parénquima, y cómo es inocua para el mismo la decapsulación renal; transcribiendo datos de anatomía normal y patológica justificantes, y enunciando los efectos inmediatos y el mecanismo curativo de la operación.

Corto pero interesante es el capítulo IV, en el cual desarrolla el profesor Gentil cuáles son las objeciones hechas contra la nefrocapsectomía, sus indicaciones y sus contraindicaciones. La impresión que deja en el ánimo del lector es favorable al buen resultado clínico en los dos primeros grupos.

El capítulo V es un excelente resumen de la semeiótica de la enfermedad de Bright, fundada toda ella en el examen de órganos y aparatos.

En el capítulo VI se discute el tratamiento quirúrgico de la enfermedad objeto de esta notabilísima Monografía: la nefrectomía, la nefrotomía y nefrostomía, la nefrolisis, la nefropexia y la nefrocapsectomía.

El capítulo VII describe la técnica quirúrgica de la operación de Edebohls, el procedimiento, sus modificaciones, sus accidentes, el tratamiento preoperatorio y el postoperatorio, todo ello en un solo pliego de impresión y sin faltar nada. Hago esta advertencia porque se comprenda la importancia que tiene el saber bien las cosas para escribir con claridad, precisión y concisión; así es como resultan útiles los trabajos científicos sólidos, pero sólo pueden tener verdadera solidez los que de ese modo pueden ser escritos. Estas son las verdaderas Monografías, las que quedan y son consultadas no por el que nada sabe de la materia, sino por quienes tienen ya positiva sabiduría y práctica en el asunto estudiado.

La segunda parte del libro del Dr. Gentil contiene la documentación clínica extensa, clasificando las observaciones con arreglo á los tres grupos señalados en el primer capítulo de la primera parte. Como quiera que en esto se encierra el mayor interés médico, el de los resultados prácticos curativos, paréceme útil entrar en algunos detalles.

El primer grupo es el de las *nefritis distópicas*, ó sea las causadas por la ptosis renal misma ó sostenidas y aun agravadas por ella. En este caso, la indicación terapéutica es doble: la decorticación

Digitized by Google

renal y la nefropexia consecutiva. Comprende 34 operaciones una defunción, dos casos sin resultado favorable ni adverso, seis sos de alivio y 25 de curación (una de ellas fracasó por recidiva quinto año, y otra enferma murió al año por preñez tubaria). La ración se obtuvo por término medio entre el quinto y el séptimo después de la operación, pero siempre en un intervalo de tiempo tre doce semanas como mínimo y un año como máximo.

El segundo grupo es el de las *nefritis hematúricas doloros* caracterizadas principalmente por la nefrorragia y por la nefralg Hay muy pocos casos aún, bien observados, para establecer un anatomo-patológico en correspondencia con la sintomatología obs vada. Son muy notables las consideraciones que el profesor Ge hace sobre este particular. En este grupo sólo se registran seis sos de nefrocapsectomía, con tres curaciones y tres mejorías.

El tercero y último grupo comprende las *nefritis parenquim sas é intersticiales*, y además las *mixtas é intermediarias*; ni cl camente ni por su anatomo-patología es posible hacer una divis absoluta. Así, con gran sentido de la realidad, el ilustre autor h esta declaración: «A verdade é que, en todas as nephrites chronic a qualquer typo que se queira fazer pertencer, estão comprehe dos pelo processo morbido todos os elementos do rim; e não hav do, como não ha, scisão clinica, nem etiologica, nem de qualq outra natureza, devem-se reunir num grupo todas as nephrites cl nicas que não teem a separa-las as feições clinicas dadas pelo de camento dos rins, ou pelas grandes hematurias». Las nefritis mix constituyen histológica y clínicamente la gran mayoría de los ca de nefritis crónica, aunque haya casos típicos ó puros sólo par quimatosos ó sólo intersticiales.

El Dr. Gentil expone y analiza 83 casos en el grupo tercero, el cual no hay más curaciones que 10 por la operación de Edebol En efecto: en la mayoría de los casos los enfermos estaban á pu de morir, y en otros había claras contraindicaciones para oper La mayoría de las observaciones publicadas son muy deficient y en cuanto al tratamiento operatorio, operando en casos extrem sin diagnóstico seguro y con la asociación de otras operaciones nefrocapsectomía, no cabe sacar consecuencias de ningún géne ni en pro ni en contra de la decapsulación renal.

Como contrapeso á las 10 curaciones obtenidas, hay una cas de 16 muertes por la operación misma, y otras 15 defunciones plazo variable postoperatorio desde dos meses á un año.

De los 41 casos restantes, en 21 se obtuvo una mejoría clar de importancia, sobre todo en el estado general. Resumen: 32 mu tos, 20 sin alivio, 21 mejorados y 10 curados; en el primer grupo curaciones son cerca de tres cuartos de los casos, en el segund

Digitized by Google

mitad, en el tercero menos de un octavo, y en junto el 30,89 por 100.

La *bibliografía* consta de 567 números, de los cuales sólo son referencias de segunda mano 37 trabajos; los 530 restantes los conoce por sí mismo el autor de esta Monografía, y detalla las rúbricas de todos.

Creo haber hecho un análisis concienzudo de obra tan importante, aun cuando no con la extensión y detalle que merece. Reciba el insigne Profesor Dr. Gentil nuestro más entusiasta y sincero parabién, deplorando la insignificancia de quien tiene el honor de tributársele.

Apoplejía cerebral, por José Codina Castellví: *Obra laureada en el 3.º Concurso abierto por la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar, con el premio ofrecido por D. Jaime Torres y Vendrell, á cuyas expensas se publica esta edición.* Barcelona, 1893, tipolitografía de Luis Tasso, Arco del Teatro, 21 y 23.—Un tomo de 175 mm × 250 mm; con 558 páginas y dos mapas cromolitografiados.

Obra simpática en alto grado es la que paso á reseñar. Conjunción de tres inteligencias y de tres voluntades, para una labor seria y útil, de interés general científico y humanitario: un ciudadano espléndido que dedica 7.500 pesetas á un premio, á un accésit y á costear la edición de una Monografía referente á grave enfermedad extendida en su país natal; un sabio médico que pone toda su potencialidad de trabajo al servicio de tan arduo empeño; y un político profesional que facilita con presteza y exactitud la recolección de datos estadísticos oficiales, movido por un amor á la ciencia propio de quien ejerce el magisterio en la jurídica. ¡Y esto ha ocurrido en España, país tan indiferente por todo linaje de altruismos! ¿No es cierto que parece fabuloso tal conjunto de lisonjeras circunstancias? Pues no es fábula, sino realidad que conforta.

El Dr. Codina ha llegado, sin ruido, sin bullir ni brujulear, por su propio trabajo intelectual, constante y grave, á un alto renombre entre los médicos españoles; y ha llegado joven á esa altura, porque los medios por él empleados sin descanso son los únicos legítimos para conseguirlo. La lista de sus publicaciones y el análisis de sus obras son sus ejecutorias de nobleza mental, que le han dado ingreso en la aristocracia de los intelectuales, por derecho propio y no por merced ajena ó por vocinglerías de farsantes en cuadrilla. Desde estas independientes páginas, tengo el placer de rendirle ese espontáneo homenaje de admiración y respeto; y de él es justo que participen el ciudadano barcelonés creador del premio Torres, y el personaje oficial que facilitó materiales de trabajo.

En cinco secciones deslinda y trata la materia de su Monografía el Dr. Codina y Castellví: 1.ª *Concepto de la palabra apoplejía* (etimología, sinonimia, historia, definición, significación y alcances téc-

Digitized by Google

nicos de la palabra *feridura*, en catalán); 2.ª *Diagnóstico y pron tico* (caracteres clínicos, fundamentales y complementarios de ataques completos é incompletos, en sus formas comatosa y para tica; etiología nosológica de las apoplejías localizadas—hemorrag cerebral, peduncular, cerebelosa, protuberancial, bulbar y men gea, embolia cerebral, tumores intracraneales—y de las apoplej difusas — anemia cerebral, congestión cerebral, reblandecimie cerebral;—curso, terminación, diagnóstico y pronóstico de la a plejía); 3.ª *Patogenia* (períodos hipotético, anatomo-patológico, tológico); 4.ª *Etiología* (residuo etiológico de la apoplejía, estu etiológico-estadístico de la frecuencia de la apoplejía en algu comarcas de Cataluña, recapitulación etiológica); 5.ª *Terapéut* (tratamiento profiláctico, individual y colectivo, tratamiento cu tivo del ataque y de las consecuencias en todas las enfermeda apopléticas).

Este lógico y sencillo plan de la obra está desarrollado por autor con verdadera maestría. Las condiciones fundamentales d convocatoria para el concurso de premios limitaban la materi las comarcas del Panadés, del Vallés y del Llano de Barcelona, d de tan grave enfermedad es muy frecuente y mortífera; pero el d tor Codina tenía que tratar por completo el asunto en general, como verdadero hombre de ciencia, aspiraba á que su libro di firme base al estudio y aplicaciones prácticas en un territorio cunscrito de nuestro país. De suerte que, para escribir un capít de la Geografía médica española, ha debido hacer, y ha hecho, c cienzudamente, además, un extenso y detallado capítulo de la tología médica moderna, haciendo entrar el primero en su sitio a cuado del segundo.

En la historia bibliográfica del asunto, tiene el patriotismo sacar á luz la ciencia española de pasadas centurias, transcribie párrafos oportunos de nuestros escritores médicos de los siglos XVII y XVIII, tales como López de Corella, Miguel Pascual, Anto Donato, Francisco Vallés, Antonio Aguilera, Cristóbal de Ve Luis Collado, Jaime Segarra, Pedro Váez, Pedro García Carre Gaspar Caldera, Pedro de Heredia, Gaspar de Reyes, Henríquez Villacorta, Bernardo de Gordonio, Francisco Sanz de Dios de G dalupe, Andrés Piquer, los frailes Gil de Villalón y Antonio Jos Rodríguez, Manuel Abad, etc. Por esta erudición médica espaf no se crea que el Dr. Codina Castellví es propagandista de tiem pretéritos y de lo que entonces se llamaba ciencia. Sirvan de e cuente lección estos dos párrafos de su bien pensado y escrito li (páginas 37 y 38):

«Es muy digno de hacer notar en este punto de la historia mientras los sabios extranjeros iban aportando materiales nue

Digitized by Google

y descubrimientos revolucionarios al capítulo de la apoplejía, sus contemporáneos de nuestra patria se entretenían en una serie sin fin de discusiones pueriles sobre supuestos hipotéticos; y es que si la razón pura y la sola observación habían sido los dos únicos métodos de investigación empleados hasta entonces, para hacer progresar las ciencias médicas, que por su elevada categoría representan la primogénita de las hijas de la Biología, era preciso interrogar á la Naturaleza, exigirle que nos manifestara lo que á nuestro especial propósito conviniera; en una palabra, era necesario acudir á la investigación experimental.»

«Por estar descuidada la experimentación en nuestro país se explica por qué, mientras no tomó dicho medio de investigación carta de naturaleza en la Medicina, nuestros médicos, no sólo fueran muy afamados en España, sino que también llegaran á celebridades europeas; y sus libros, no sólo fueran conocidísimos entre nosotros, sino que también fueran deseados y adquiridos más allá de nuestras fronteras. Pero cuando la experimentación, con todas sus naturales exigencias de rigor en el procedimiento y exactitud en los resultados, invadió el campo de esta ciencia, entonces, sorprendidos por la invasión, en lugar de producir frutos, en vez de fabricar nuevos artículos de consumo intelectual, ó íbamos en busca de ellos ó, por ser más factible todavía, aunque no más honroso, nos vestíamos con nuestros primitivos trajes que no nos ruborizaban á pesar de sus incompleteces é imperfecciones.»

Complementa los dos anteriores valiosos párrafos este que tomo de la página 43:

«La efervescencia científica del siglo anterior aumenta de día en día en el presente. El cultivo más asiduo de la experimentación arroja focos de potente luz sobre las cuestiones envueltas todavía en densas tinieblas, y alumbra tibiamente vastas regiones inexploradas y abundantes en gérmenes de descubrimientos trascendentales. Libre el espíritu de preocupaciones que sólo servían de poderosa rémora al progreso, puede formular su inexorable fallo con juicio recto é imparcial. Merced al análisis detenido de las manifestaciones patológicas, exento de apasionamientos doctrinales, y á la tendencia, nunca lo bastante ponderada, de eximir á la Medicina del tributo que siempre ha pagado á lo sobrenatural, y por ende de explicar racionalmente los fenómenos de la naturaleza humana valiéndose de las leyes generales de la Biología, pudieron justipreciar los médicos la verdadera importancia, la significación precisa y el exacto alcance de gran número de entidades clínicas.»

Claro es que quien habla y piensa de este modo no había de prescindir de la observación real; y, en efecto, en las páginas 84 y 85, recién entrado en materia, aparecen ya dos gráficas correspondien-

Digitized by Google

tes á otros tantos enfermos asistidos y estudiados por el autor. T
el libro está contrastado con la realidad, confrontado con el
tural.

El capítulo II de la Sección segunda (*Etiología nosológica d
apoplejía*) es el más extenso de los generales. Analiza el autor
buen orden y claridad el asunto, base de todos los demás aspe
teóricos y prácticos del mismo, y tiene el adecuado compleme
en el capítulo III de dicha Sección (*Curso, terminación, diag
tico y pronóstico de la apoplejía*). La Sección tercera desarr
metódicamente las diversas teorías creadas para explicar la
togenia.

La Sección cuarta tiene 145 páginas, extensión justificada
ser su contenido la base del Concurso y el móvil de la desprend
voluntad inteligente del Sr. Torres y Vendrell, que lo promovi
iniciativa suya y á su costa. Aquí es donde el marqués de Vad
por aquella fecha subsecretario de Gobernación, hizo el aport
los datos estadísticos oficiales pedidos por el Dr. Codina Castel

De ellos resulta comprobarse (por el estudio del *Boletín mens
de Estadística Demográfico-Sanitaria*, quinquenio de 1880-84
mayor frecuencia de la apoplejía en Cataluña. El estudio de las
tadísticas de mortalidad en las comarcas del Panadés, del Vall
del Llano de Barcelona se refiere al quinquenio de 1890-94, y e
que mayor trabajo material representa, así como la dificultad bu
crática vencida más estimable. Acompañan al texto dos mapas
cromolitografía: uno indicando la frecuencia relativa de la apo
jía en España (1880 84) [90 á 100 por *mil* en la de Barcelona;
70 en las de Gerona y Tarragona; 50 á 60 en las de Vizcaya,
púzcoa, Valladolid y Baleares; 40 á 50 en las de Pontevedra,
gos, Álava, Logroño, Huesca, Lérida y Madrid; las mínimas—
30 por *mil*—en *Málaga*, Canarias, Cádiz, Huelva, Sevilla, Córd
Granada, Murcia, Albacete, Cuenca, Lugo y Orense; en las 23
vincias restantes la apoplejía manifiesta una mortalidad del 2
40 por *mil*].

Las proporciones son horrorosas en el Vallés [1900-4] (prom
153 por *mil*, mínimo 48, máximo 333), en el Panadés (promedio
mínimo 47, máximo 333) y en el Llano de Barcelona (promedio
mínimo 69, máximo 186). El Dr. Codina dedica 45 páginas al
dio del análisis estadístico en busca de la etiología por heren
edad, sexo, profesión y estaciones, así como al de las comarca
sus habitantes.

La quinta y última sección se ocupa en la *terapéutica*, comp
diendo 110 páginas de lectura sin desperdicio; en la terapéutica
cluye el autor el estudio de la profilaxia individual y colectiva.

He dado una muestra del estilo del Dr. Codina, sencillo y

Digitized by Google

afeites, pero de severa elegancia científica. Es de las pocas Memorias premiadas que obtienen otro galardón aún más alto: el de quedar como obras de consulta fructuosa.

Estudio clínico-terapéutico de las fiebres eruptivas (viruela, sarampión y escarlatina), por el doctor D. José Codina Castellví, *Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.*—Madrid, 1900, *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Preciados, 38, bajo.—Un tomo de 165mm × 250mm, con 478 páginas.

El carácter de esta Monografía es el de contener el producto de larga y copiosa observación clínica del autor en un Hospital público muy concurrido, donde el Dr. Codina Castellví tiene á su cargo la enfermería de fiebres eruptivas. No es un libro zurcido con retazos de otros libros, sino un compendio metodizado de hechos naturales vistos en los enfermos; no son capítulos de una Patología, sino secciones de una Clínica médica, de la cual se desprende el aquilatamiento de doctrinas científicas en la piedra de toque de la realidad nosográfica.

Dos tercios de la obra están consagrados al estudio de la viruela, enfermedad que va desapareciendo en el mundo civilizado (no sólo como pandemia, epidemia ó endemia, sino como enfermedad esporádica) y que perdura en España; nación á quien corresponde la vergonzosa primacía en la mortalidad por esa causa entre todos los pueblos cultos y semicultos, no pudiendo compararnos más que con la China ó con Marruecos, en esto como en otros muchísimos órdenes de la vida social. Nuestros mandarines y bonzos, nuestros bajás y santones, no dan de sí, ni darán probablemente hasta la consumación de los siglos, más que esos frutos de bendición en el enlace nefando de gobernantes y gobernados, siempre íncubos aquéllos, siempre súcubos éstos por falta perpetua de virilidad para que alguna vez se vuelva la tortilla. Jenner y Finlay trabajaron en balde para España: la viruela desaparece en todas partes, menos donde Manuel Joseph Quintana hizo un artículo progresista en versos rimbombantes con el nombre de *Oda á la propagación de la vacuna;* y la fiebre amarilla desapareció de Cuba á los dos años de haber desaparecido de allí nuestra bandera, que lució al sol tropical sus colores hemorrágicos é icteródicos durante siglos. Estos hechos son muy tristes para quienes sentimos hondo el amor á la patria, aun á despecho de quienes viven de explotar su santo nombre y á sus apáticos conciudadanos.

En *tres años* (1895 á 1897) asistió el Dr. Codina á 1.187 variolosos, sin contar 32 que entraron convalecientes en su enfermería; de los 1.187 del trienio, 829 corresponden á la epidemia del año 1896, lo cual da para dicho año un percentaje de 69,84. ¡Como que hubo

Digitized by Google

17 salas llenas, tomando 8 salas del Hospital de San Juan de Di para poder admitir á tanto enfermo de viruelas! Hubo 1.874 entr dos en el trienio, y al año de referencia correspondieron 1.454, ó se el 77,58 por 100.

Tienen suma importancia las leyes epidemológicas llamadas p el Dr. Codina *estacional, residencial* y *etática*. Según la primer el máximo de invasiones corresponde al otoño y el mínimo á la pr mavera, creciendo en verano y menguando en invierno; salvo la a teración que en un año postepidémico introduce el superávit de e fermos del precedente año de recrudecimiento endémico, con cual puede el invierno de aquél dar la máxima de invasiones en año. Por mi parte, he visto que en el trienio estudiado, el semest de verano y otoño representa más del 72 por 100 de invasiones, ll gando á más del 78 en el año de 1896.

Es muy notable el hecho que figura en el cuadro de la pág na 25: los variolosos no vacunados fueron 463, y los *vacun dos* 724; hasta la edad de diez años, los vacunados resultan favor cidos; desde esa edad en adelante aparecen perjudicados. El asun es muy complejo, aunque se quiera simplificarlo por la escasez d revacunaciones periódicas en España, todavía mayor que de vac naciones. Merece estudio: entre las edades de diez y de cincuen años, ¿qué *proporcionalidad* hay en España entre *vacunados* un vez, *revacunados* una ó varias veces, y *no vacunados* jamás? Par ceme imposible averiguar, ni aun de manera más ó menos aprox mada, unos datos sin los cuales no cabe tener base demográfic para inquirir lo cierto sin fantasear hipótesis.

La ley *etática* de la viruela es: que el máximo de frecuencia s observa de los diez á los veinte años de edad, iniciándose el descen so en el tercer decenio y siendo cada vez más rara en los sucesivo El primer decenio de la vida está más influído por la vacunació que por la edad. De la ley etática y el limitado poder preservativ de la vacuna deduce el Dr. Castellví la necesidad de revacunar cada seis años, hasta la edad de treinta.

Así como España va á la cabeza en lo que atañe al número d variolosos, Madrid va á la cabeza de España en ese mismo concept El trienio de 1895-97 manifiesta que los variolosos hospitalizad procedentes de Madrid y su provincia eran el 13,47 por 100 de l de toda la nación; al paso que la población de la provincia matrite se es el 3 por 100 de la de toda España. ¡Vaya una capitalidad d nación civilizada! El 90 por 100 de los enfermos llevaban menos d siete años de residencia en Madrid; el 73,61 por 100 llevaban men de cuatro años; el 36,19 por 100 llevaban menos de un año. De al deduce el Dr. Codina Castellví su ley *residencial*, enunciándola d este modo: el número de varioloses está en razón inversa del núm

Digitized by Google

ro de años que los individuos residen en Madrid; los individuos que llevan menos de un año en Madrid son los que más expuestos se hallan á contraer la viruela, mucho más expuestos relativamente que quienes llevan de un año en adelante, considerando aisladamente cada año. ¿Ocurrirá lo mismo en los demás centros españoles de gran población? De ahí deduce el autor que «es indispensable vacunar ó revacunar á los recién llegados que piensen residir en Madrid, si se quiere evitar que sean víctimas de la endemia y favorezcan la explosión de nuevas epidemias».

Entra luego el laborioso clínico y escritor en el estudio analítico y detallado de las clases, especies y variedades de la afección variolosa comprendidas en esos 1187 casos que asistió tres años en los Hospitales Provincial y de San Juan de Dios. En ese concienzudo estudio hay mucho que aprender, no ya solamente los médicos, sino todavía más las corporaciones y personas á quienes las leyes y las circunstancias ponen al frente de la Beneficencia oficial. Son hermosos, á este respecto, los párrafos 13, 14, 15 y 16, donde se pinta del natural la asistencia hospitalaria inicua de Madrid, y cuyos resultados serían aún más terribles si no fuese por el esfuerzo inteligente y nobilísimo del Profesorado médico de nuestros hospitales (véase páginas 181 á 217).

La profilaxis específica, la profilaxis general y el tratamiento de la viruela (78 páginas) tienen en esta obra un desarrollo científicamente práctico.

De análoga manera clínica estudia luego el Dr. Codina los 274 casos de sarampión que tuvo en su enfermería durante el ya citado trienio, dedicándoles 74 páginas. Y cierra su obra con 86 páginas en que se trata de la escarlatina, sobre la base de un total de 34 enfermos hospitalizados en los años 1895-97 en las salas del autor.

El párrafo 47 se ocupa en un asunto de interés primordial: los errores de diagnóstico respecto á las fiebres eruptivas, y manera de evitarlos en lo posible. Al hablar del tratamiento de la escarlatina y sus complicaciones, plantea y discute el sueroterápico antiestreptocócico.

La obra está dedicada á la Diputación provincial de Madrid y editada por el Sr. Ulecia, que tanto ha favorecido á la cultura médica española con sus magnas empresas editoriales.

La profesión de enfermera: necesidad de difundir su enseñanza, por el Dr. Moisés Amaral. — Santiago de Chile, 1904, imprenta «El Globo». Un folleto de 28 páginas, con una lámina en fotograbado.

En el segundo Congreso Médico Latino-Americano, celebrado en Buenos Aires en Abril de 1904, el distinguido profesor y médico del hospital San Borja leyó este trabajo, proponiendo al Congreso la

Digitized by Google

aprobación del siguiente acuerdo: «Se recomienda á los Gobie de los países latino-americanos la creación de Escuelas de En meras».

El Dr. Amaral expone, en su bien escrita comunicación, la n sidad de ese personal auxiliar femenino, y la de que se le dé enseñanza científico-práctica para obtener el mejor servicio de él esperan los enfermos, las familias, los hospitales y los médi Transcribe el plan de enseñanza vigente en la Escuela de Santi de Chile, en la cual tiene á su cargo la asignatura «Cuidados parturientes y de enfermas de afecciones ginecológicas» (una l semanal durante tres años).

Nuestro D. Federico Rubio fundó, el año 1896, en el Institut su nombre, la primera y única Escuela de Enfermeras que hay España. El asunto es tan interesante, que merece un detenido tículo; me prometo escribirlo, y publicarlo en las páginas de Revista.

El Dr. Amaral ha sido comisionado por el Gobierno de su c simo país para hacer estudios especiales en Europa y en los Est Unidos norteamericanos. Con ese motivo hemos tenido el hono conocerle y estrechar cordialmente su mano. De regreso á su pa sea intérprete del cariño y respeto que nos merecen Chile y nues comprofesores de esa próspera República hermana.

Topografía médica del Valle de Baztán, por el médico titular Fermí Garay, con un prólogo del distinguido catedrático de Medicina, y titular que f Baztán, Doctor Simonena. Pamplona, 1905, librería de N. Aramburu.—Un foll 78 páginas.

Este trabajo es un valioso aporte á la geografía médica de E ña. Escrito por un hombre de ciencia y de conciencia, ha cump como bueno el encargo que le confiaron los comprofesores titul de dicha región pirenaica navarra.

El capítulo I se ocupa en la historia, geografía física y poli hidrografía, geología, climatología, suelo, fauna y flora del fa valle que prestó su territorio para el movimiento estratégico y tico mediante el cual tuvo término hace treinta años esa cos rrible que se llama guerra civil y que ya no se ve sino en el Mog

El capítulo II estudia la antropología del habitante del Ba su temperamento y su carácter, hablando el Sr. Irigaray con cera nobleza respecto á las cualidades y defectos de aquellas nas gentes, víctimas seculares de grandes errores sociológico lástima que un colega tan ilustrado participe de tan funestas ocupaciones contra la civilización moderna, pero respeto profu mente su derecho á ello; nada más sagrado que el derecho al

Digitized by Google

y á la verdad, pues nadie tiene autoridad para discernir el uno y la otra en ningún terreno.

En el capítulo III reseña las escuelas, los centros de reunión, la Beneficencia, etc., así como las aguas, fuentes, lavaderos y mataderos, los pueblos, calles, plazas, edificios particulares y públicos.

El capítulo IV es una ingeniosa defensa de los malos cementerios, lo cual me hace sospechar que por allí no serán buenos.

El capítulo V trata de las riquezas y explotaciones en aquella honrada comarca.

El capítulo VI enumera la población del valle de Baztán, exponiendo los datos demográficos del quinquenio de 1900 4.

El capítulo VII analiza la mortalidad por causas, es el más extenso y merece llamarse primoroso; pues constituye un estudio metódico, claro y verdaderamente á la moderna.

El capítulo VIII cierra este bello trabajo, hablando de la profilaxia en las escuelas, la policía sanitaria y las conclusiones que de su labor científica se derivan de un modo lógico.

Lo más preciado de mi sangre es navarro, y en Navarra he ejercido como titular y como médico libre. Por eso estoy en el caso de añadir á lo meramente intelectual de mis palabras algo de sentimiento hondo, concentrándolo en un saludo cariñoso al Sr. Irigaray, á sus colegas del valle baztanés, y á aquel antiguo y noble solar navarro donde nació mi madre, donde nació también la menor de mis hijas.

VARIEDADES

Otro español ilustre: el Dr. D. Avelino Gutiérrez, por Eva Canel.—Cuando lo que se escribe emana de lo más suave del espíritu, cuando la frase brota, cuando no se la busca, cuando el concepto se elabora en lo hondo del sentimiento y de la admiración, no vale poner dique á la pluma ni refrenar la inspiración: trace la pluma lo que quiera y aduéñese la inspiración del entusiasmo para esparcirlo á su sabor y antojo; ni el campo tiene puertas, ni el aire obstáculos en el espacio.

Nada más grato para mi patriotismo que hablar de glorias españolas, que registrar en la memoria y pasar á las páginas de mi revista aquello que honra á la patria ó dulcifica los horrores del egoísmo ó reconcilia al hombre con las luchas titánicas á que se le condena cada vez más y cada vez también más despiadadamente.

Pues si me creo feliz hallando seres á quienes presentar como nobles modelos de hidalguía, como caritativos ó como inteligentes, ¿por cuánto trocaría la dicha de hallar una ocasión para honrar mis cuartillas con el bosquejo de un sabio que debe á Dios (¡yo soy creyente!) todos los dones con que Él adorna á los privilegiados?

Digitized by Google

En mi larga tarea de escritora, jamás he vacilado al estampar un nombre, ni he prodigado elogios á quien no haya creído que los merecía, ni regateado los que á mi juicio resultaban justos; no me ha inspirado nadie respetos tan profundos que no haya hallado el adjetivo para designarle; no he temido á la luz que reflejó sobre mis pensamientos, sobre mis opiniones, sobre mi comprensión.

Hoy temo y tiemblo como si comenzase mis relaciones con el público, como si los lectores no me conociesen; hoy temo más que si me viese condenada á entrar en un concurso y dependiese de mi triunfo la existencia de los seres amados.

Y todo porque me encuentro pequeñísima, átomo de biógrafo, incapaz de ocuparse con la altura debida del médico que en estos días ha pasado á ser jefe de clínica del hospital espléndido de los españoles.

Antes de conocer el alma del Dr. Gutiérrez probé su ciencia, en sus manos me puse, me abandoné llena de fe; tan llena, que ni he pensado en confesarme antes, cumpliendo con el deber de todos los católicos; deber que cumplen en sus últimas horas hasta la mayor parte de los que viven despotricando contra las leyes de la Iglesia.

Era el Dr. Gutiérrez para mí un sér inconcebible: sabía, no soy tan torpe para no comprenderlo, que me entregaba inerte á un riesgo extraordinario, que jugaba la vida. Pero el doctor se había incrustado en mi confianza de tal suerte, que no le creía un hombre: era el Dios de la ciencia; el Todopoderoso que rajaría y cortaría pedazos de mi carne para regenerar el resto, devolviendo al organismo contagiado las energías perdidas.

Algunas personas de mi amistad creían firmemente que yo sucumbiría, y se asombraban de que no liquidase mi comercio espiritual quedando en paz con los acreedores; yo lo advertía sin darlo á comprender, y sólo replicaba á las reservas estudiadas de mis visitantes:

—Me opera Avelino Gutiérrez.

Dicho sencillamente, sin el doctor siquiera; ya no hace falta para designarlo.

Así como era Cánovas, á secas, «D. Antonio», y Castelar no más que «D. Emilio», y Echegaray es «D. José», y el rey es «Don Alfonso», y la eximia gallega «D.ª Emilia», así el ilustre montañés es «Avelino Gutiérrez».

Ni el doctor hace falta á su sabiduría, ni el don á la brillante refulgencia que irradiará del Avelino y el Gutiérrez unidos para mostrar á las generaciones venideras el tronco aristocrático de su descendencia.

Los elegidos del honor y de la ciencia y de la caridad humilde son y serán la aristocracia cuyos cimientos no socavarán nunca los vendavales populares.

Para formar un escudo nobiliario al Dr. Gutiérrez, poco que discurrir tiene un rey de armas: nobleza, caridad, sabiduría y modestia.

Ya están trazados los cuarteles.

Nació el insigne cirujano en la provincia de Santander, en aquella montaña que agiganta el rugido del Cantábrico, en aquel suelo cuyos hijos heredan las energías de una raza potente y no maleada por la acción corrosiva de vicios y vilezas.

Digitized by Google

En San Pedro de Soba se meció su cuna; allí creció arrullado por la honradez acrisolada de sus padres, que adivinando en el retoño de precoz vivesa un algo no común, pero seguramente no previendo tanto como ha llegado á ser, quisieron que estudiase un poco más de lo que enseña el maestro de aldea.

Le pusieron interno en el colegio que los Escolapios poseen en Villacarriedo, y allí cursó el Bachillerato. ¡Con qué placer y con qué amor recuerda á los profesores que encendieron las primeras luces de su inteligencia!

Y es que el Dr. Gutiérrez, con su rostro apacible y su sonrisa eterna y dulce, de criatura buena, recuerda á todos y con todos derrocha un caudal de bondades.

Hace diez y siete años que llegó á la República Argentina; en un principio creyó dedicarse al comercio; pero la Providencia es sabia, como lo es Natura; ella dispone el bien ó el mal: en este caso dispuso el bien de muchos desgraciados, llevando al joven montañés á las cátedras de Anatomía.

De cómo siguió su carrera Avelino Gutiérrez no hay para qué decir: público es que fué una revelación primero para su profesor (otro sabio cuyo recuerdo vivirá eternamente en los anales médicos del Plata); después, una promesa á la cual convergía la espectación de los maestros; más tarde se convertía la promesa en realidad que superaba aun á los augurios más altos de las eminencias.

España y la República Argentina pueden unirse al recoger la gloria que circunda al gran operador: allá nació, de allá trajo ese bloque de voluntad, talento, energía y bondades que constituyen su personalidad; aquí bebió el estudio y aquí adquirió el renombre que más tarde paseó, con honra para él y orgullo para sus padres y maestros, entre los médicos más afamados del viejo continente.

Acaso fué el Dr. Gutiérrez quien trasplantó á la República Argentina nombres ilustres de profesores españoles; él, sin presión de nadie, sin recibir invitación siquiera, se hizo *corresponsal* de la Revista que el médico de universal respeto, el sabio entre los hombres de su profesión, D. Federico Rubio, fundó en Madrid, como fundó su Clínica famosa.

El médico español, amamantado en la Universidad de Buenos Aires, quiso que aquí se conociesen las glorias de su patria, y muy modestamente propagó la Revista: invitó á suscribirse á cuantos médicos había en el país, y sobre sí tomó el trabajo de un agente entusiasta, sin hacer mérito de nada; su patriotismo íntimo, su afán por que brillasen los compañeros españoles, le recargaron de trabajo. *

Cuando yo no pensaba escribir estas líneas he visto cartas del gran D. Federico Rubio al noble amigo epistolar que residía en Buenos Aires, y cartas de otro Gutiérrez, de otra eminencia, que ha heredado de Rubio la dirección de su Clínica; cartas de las cuales hubiesen hecho hasta ediciones especiales los *menos aprensivos* y los menos modestos.

---

* D. Avelino Gutiérrez, que nada debía á D. Federico y nada pretendió nunca de él, hizo lo siguiente: enviar dos létras, una de 3.000 pesetas y otra de 750, juntamente con una lista de 150 médicos argentinos á quienes quería que se remitiese la Revista el primer año. Todo eso lo hizo por patriotismo, entusiasmo por la ciencia, admiración por nuestras glorias... ¡y de su peculio propio!—Dr. L. M.

Digitized by Google

El Dr. Avelino Gutiérrez se casó joven con una hermosa cr
ra que le ha dado otras como presente de los cielos, como ven
de la tierra. Y cuando era feliz y era gloriosa su carrera, fué á
á sus amados montañeses, fué al hogar de sus padres; los arr
del nido con la sencilla indumentaria de la aldea; los paseó po
Corte; los llevó al Real, al Español, á todas partes donde la ar
cracia les codease, á ellos, progenitores de la más grande aristo
cia de los tiempos modernos.

Hemos querido publicar aquel retrato, hecho en Madrid, en
de los abuelos labradores acarician á los retoños aristócratas
donde el hijo bueno y grande agrupa sus amores; donde reúne
querida hermana, sencilla montañesa, con su adorada esposa,
gante argentina; en donde muestra su gratitud inmensa á los
con la vida le dieron la educación y los principios de moral, y
ella los rudimentos de su gloria.

A Europa fué, admirado ya de América, y regresó con un ca
de admiración de Europa sobre el que llevaba.

Para conocer al Dr. Gutiérrez hay que hablar con aquell
quienes opera, y si son pobres sobre todo:

—Doctor—le decía una señora que vino de Olavarría para
cerse una gravísima operación,—puedo pagar, pero no mucho:
tengo dos casitas, que deseo vender para curarme y volver á
paña.

—Bueno; pues váyase al hospital de Flores, que allí la oper
balde; de todas maneras, usted tiene que pagar pensión: con la
hospital ya tiene todo el gasto hecho.

Conozco de éstos muchos, muchísimos rasgos suyos. Los po
que recurren á él jamás se quedan sin operación: el dinero no es
da para su corazón; su espíritu gigante se vivifica con el am
los humildes, á los pequeños, á los que puede redimir del s
miento.

Al aceptar la dirección clínica del Hospital Español, el Dr.
tiérrez ha dado la mayor prueba de desinterés que podía dar: a
nos enfermos que le hubiesen pagado miles de pesos por una i
vención quirúrgica serán operados por él en el hospital, pagan
pensión únicamente; razón tenían los diarios españoles al decir
había aceptado sólo por patriotismo.

Ha dejado su puesto de director del Hospital Municipal de
res; ha mermado las horas de su consultorio; se ha esclavizad
forma tal, que con sólo pensarlo se ven de cuerpo entero la
dad y el amor á los suyos que han presidido á la aceptación
cargo.

La colonia española le debe desde hoy algo más que la g
con que la ensalza un hijo eminentísimo: le debe el sacrificio d
norarios que representan sumas incalculables aquí, donde las
raciones se cobran como en ninguna parte.

El Dr. Avelino Gutiérrez no es únicamente operador y mé
así como se le llama artista del bisturí, así se le puede llama
tista de la palabra y de la pluma. Habla bien, muy bien, y es
mejor; es un sociólogo profundo; la ciencia no tiene secretos pa
y todas las aplica á la regeneración humana.

Como ferviente enamorado de las ciencias exactas, como a
mico y analizador, no es un amante de religiones espirituales
que posee un alma hecha con privilegio de invención!); pero n

Digitized by Google

un clerófobo ni un maldiciente contra las Órdenes monásticas: creo que la misión de éstas debieran ser las ciencias (¿ortodoxas? perfectamente, sí; ya vendrían discusiones con los heterodoxos, y de estas discusiones saldría la luz); de la acumulación de estudios y de profundidades brotaría mucho más, no iríamos en carreta por el camino de los descubrimientos.

Esto dice Gutiérrez.

—El sabio—añade—no puede estudiar solo: necesita auxiliares, precisa de la comunidad con otros compañeros desligados del mundo y dedicados en cuerpo y alma á la investigación de lo desconocido.

Esa misión desea y quiere para los frailes el Dr. Gutiérrez.

En el laboratorio de Ramón y Cajal ha conocido á un agustino que trabajaba y estudiaba ciencias biológicas con el sabio maestro: era el padre Martínez (1), con el cual el Dr. Gutiérrez ha mantenido elevadas discusiones y sostiene correspondencia científica con él. ¡Oh! ¡quién pudiese penetrar en esas líneas que llevan y traen ideas grandiosas á través de los mares! ¡Quién pudiera entenderlas! ¡Quién pudiera seguir en la investigación al que se inspira en la fe de lo infinito, de lo abstracto, de lo sublimemente consolador por la esperanza, y al sabio que hace su antorcha de otra fe, de la Naturaleza, fundiéndose ambos en el estudio y en el amor al prójimo!

Nuestros lectores, aquellos que no conocen personalmente al doctor Gutiérrez, se admirarán al verle rodeado de su familia, entre la cual parece el hermano mayor; se asombrarán también, allá en los apartados países adonde llega *Kosmos*, de que haya una eminencia científica sin anteojos y sin melena y sin luenga barba salpicada de plateados hijos...

Si no supiésemos quién es el joven que aparece en el grupo, le creeríamos un *sportmen* feliz, esposo de una mujer hermosa y padre de encantadores hijos, cuya existencia se deslizase en medio de placeres honestos; pero no creeríamos que esa existencia se gastase en beneficio de la humanidad, ni menos que ese *mozo* pasase, vigilia tras vigilia, robando secretos á la Ciencia.

Detrás de un rostro suave, sonriente y dulce, nunca se acierta á ver un sabio.

Y sin embargo... ¡ahí le tenéis!—(Del *Kosmos*, de Buenos Aires.)

---

(1) Hermano del fraile poeta con cuyos versos se engalanó *Kosmos*, y que muy delicado de salud ha marchado á España.

Digitized by Google

ANULACIÓN DE AVISO

Y

AVISO NUEVO

En lo sucesivo, toda la correspondencia *administrativa* (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los pagos y cobros, se dirigirán á ***D. Saturnino García Hurtado,*** *calle de la Maydalena, 1, bajo.*

EL DIRECTOR GERENTE

Dr. Marco

Digitized by Google

SECCIÓN ORIGINAL

CLÍNICA Y CIENTÍFICA

ESTUDIOS DE FISIOLOGÍA INTEGRAL CON APLICACIÓN AL CRITERIO MÉDICO

POR D. PEDRO MARTÍNEZ BASELGA

Catedrático en la Escuela de Veterinaria de Zaragoza.

(CONCLUSIÓN)

Sexta serie de fenómenos.

SISTEMA NERVIOSO

I

Habrán observado ustedes en las series anteriores que no hemos nombrado los nervios para nada. Todos los fenómenos descritos hasta aquí los hemos presentado sin nervios; pero ya el lector habrá supuesto que algún día habíamos de ocuparnos en este asunto, y ese momento ha llegado.

En ésta, como en las anteriores series, nos permitiremos ciertos atrevimientos muy en carácter con la índole de esta REVISTA, donde se permite una independencia de criterio sin más limitaciones que el buen deseo, cuando se tratan cuestiones de investigación.

Con referencia al sistema nervioso también seguiremos la doctrina unitaria; procurando, antes de hacer síntesis, coleccionar el mayor número posible de factores analíticos.

Plan medular.

Generalmente creemos que la parte mejor estudiada del sistema nervioso es la referente á las funciones de la medula.

No estará de más un poco de anatomía de este centro nervioso.

La Embriología demuestra que la medula se forma por el arrollamiento de una membrana del huevo, formando primeramente dos cordones unidos; luego se vuelve á doblar por el centro de su longitud, y se forman cuatro, resultando *dos cordones superiores* y *dos inferiores* (1). Estos cordones quedan encerrados dentro de la columna vertebral, sacando expansiones por los agujeros de conjunción.

(1) *Anteriores y posteriores*, respectivamente, en la especie humana.

Digitized by Google

Estas expansiones de los cordones superiores y de los inferiores independientes en su origen; pero á su salida por los mencion agujeros de conjunción se reúnen en un empalme, que se llama glio, y á la totalidad de todos ellos, de uno y otro lado, *ganglios quídeos.*

A las expansiones de referencia se les llama nervios: clasific en *sensitivos* y *motores*, según que procedan de los cordones s riores ó de los inferiores. Al salir de los ganglios también gua esta denominación, porque en los puntos en que se distribuyen túan como *conductores centrípetos* y *centrífugos*, respondiendo s pre á la misma función respectiva de sensitivos y motores.

El conducto llamado *epéndimo* responde á la agrupación d cuatro cordones, que, no soldándose por su centro, dejan una cav longitudinal bien definida, forrada con un epitelio muy manifi

Los cordones mencionados tienen sus membranas comunes los envuelven, cuyas membranas les sirven de protección, y pudiera ocurrir que de algo más importante de lo que en la act dad se cree.

Dando un corte transversal á la medula, se ve constituída po sustancias: una *gris*, central y en el centro el epéndimo, y otra ción periférica de sustancia *blanca*. Esta corresponde á los cu cordones, y la central ó gris, que tiene la forma de una H, es así como la medula de la medula.

Las expansiones nerviosas que surgen desde los ganglios es les se denominan *cervicales*, *dorsales*, *lumbares*, *sacros* y *coxi* y son, respectivamente, en número de 8, 7, 6, 5 y 6.

Desmontando la medula con sus expansiones de la cavidad quidiana, tiene todo el aspecto macroscópico de una planta mo tiledónea, y gran parecido con una palmera.

El *cerebro* es una eflorescencia de la medula espinal, consti por el entrecruzamiento é invaginación de los cordones alrededo un eje; por lo tanto, es continuación de la medula, y, como ell compone de cordones sensitivos y motores. Estos cordones dan bién expansiones nerviosas, llamadas nervios craneales, que si un plan exactamente igual á los raquídeos, con sus ganglios de palme correspondientes.

Estos nervios llamados *craneales* hacen más curvas; su ca es más tortuoso, y ofrecen para su estudio más dificultades a micas, sobre todo con referencia al origen de los susodichos ner pero *desarrollando el cerebro y reduciéndolo á cordones*, ya más fácil este estudio.

Esto es lo que nos proponemos hacer. Así como actualmen *teoría vertebral* está resuelta, y demostrado que los huesos del neo son reductibles á vértebras modificadas, lógica es la inves

Digitized by Google

ción de una *teoría medular* para demostrar que las intrincadas circunvoluciones y *piezas* del cerebro quedan reducidas á simples cordones continuos con sus expansiones sensitivas y motoras, del mismo modo y con arreglo al mismo plan que la medula.

Como primera impresión de estas consideraciones anatómicas, se deduce que *en el cerebro hay mucha medula.*

Experimentación.

Veamos un poco de Fisiología medular. Para demostrar la existencia de los nervios sensitivos y motores, se abre la masa apofisaria de las vértebras, se disecan las membranas protectoras de la medula en un trayecto de seis á siete centímetros en la región dorsal; se deja al descubierto, y se ven los cuatro cordones de que venimos haciendo referencia.

Si con un instrumento á propósito cortamos los dos cordones superiores, veremos cómo el animal se queda insensible en todas aquellas zonas en que se distribuían nervios espinales por detrás de la lesión medular. Podremos percutir, pinchar y aplicarle toda clase de excitantes, y quedaremos convencidos de que ha desaparecido la sensibilidad. En cambio si aplicamos los excitantes en el cordón superior que se continúa hacia adelante, observaremos en el animal signos que acusan el más vivo dolor.

Cortando los cordones inferiores en vez de los superiores, habremos producido una parálisis en todas las regiones en que se distribuyen los nervios raquídeos por detrás de la lesión. Con la aplicación de los excitantes antes mencionados, observaremos cómo el animal da muestras de vivísimos dolores; pero se encuentra imposibilitado para defenderse, para huir y para quitarse el excitante que le mortifica.

Esto se repite en todas las zonas de la medula, y los experimentos son concluyentes. Hay nervios sensitivos y motores: los que arrancan de los cordones superiores son sensitivos, y los que arrancan de los cordones inferiores son motores. Ambas raíces, al salir por los agujeros de conjunción se unen formando un ganglio, y desde este momento se forma *un par mixto.*

*
* *

De la medula que hay metida dentro de la cabeza salen doce pares de *nervios llamados craneales.* Estos doce pares son sensitivos y motores, lo mismo que los de la medula espinal. A cada uno de los pares los empalma un ganglio, y por eso son también mixtos.

Con referencia á estos nervios craneales, nos vamos á permitir una división, que acaso sea arbitraria, y hasta inexacta; pero nos

Digitized by Google

fuerza á ello la lógica de nuestra doctrina. *Los doce pares de nervios de la medula craneal son sensitivos y motores, de igual manera que los de la medula espinal. Los llamados sensoriales son del sistema del gran simpático.*

Esta conclusión se halla en armonía con la *teoría medular*, en cuyo apoyo tiene los siguientes hechos:

1.° El número de pedúnculos es equivalente al número de cordones de la medula.

2.° La acción cruzada del cerebro coincide con el cruce de los pedúnculos en el bulbo.

3.° Los vasos arteriales y venosos se distribuyen siguiendo el mismo plan, de tal modo, que para desarrollar ó *destrenzar* el cerebro no hay más que seguir á las arterias. Con este método se estira el cerebro, y queda reducido á cordones.

4.° De cada cordón cerebral ó encefálico salen nervios sensitivos y motores como en la medula espinal, y ambos cordones están unidos á su salida por ganglios como en la medula.

5.° Las funciones de los nervios craneales son las mismas que las de los espinales. En los sitios en que se distribuyen producen únicamente sensibilidad y movimiento. Sus acciones son tan simples como las de la medula; por eso, los *craneales*, ni son nervios especiales ni de superior categoría que los raquídeos.

La lengua, la pituitaria, el ojo y el oído, además de sus *nervios sensoriales, que son de otra categoría*, responden á los excitantes comunes de la medula espinal, sintiendo y reaccionando de igual manera que aquélla.

Para comprender bien esta doctrina, trazaremos el siguiente esquema:

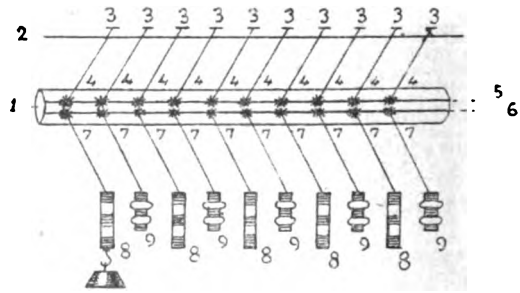


FIG. 1.ª—1. Conducto raquidiano.—2. Piel.—3. Placas sensitivas.—4. Nervios sensitivos. 5. Cordón medular superior ó sensitivo, con sus neuronas.—6. Cordón inferior ó motor. 7. Nervios motores.—8. Músculos en relajación.—9. Músculos en contracción.

En este esquema suponemos que hemos estirado el cráneo de mi caballo hasta dejarlo reducido á vértebras, con arreglo á la *teoría*

Digitized by Google

vertebral. También hemos destrenzado el cerebro, conforme á la *teoría medular*. De este modo, mi caballo queda convertido en una cosa muy larga, más uniforme y más simple. No es más que una cola muy larga, en cuyo órgano se ven las funciones medulares en su mayor grado de simplicidad, esto es, sensibilidad y movimiento, ó, si queremos, impresión, conducción centrípeta, reacción y conducción centrífuga.

La medula, con toda su categoría de *centro nervioso*, ya no hace más.

Estudio del gran simpático.

El *gran simpático* ha sido considerado como otro centro nervioso. Está representado por dos cordones muy largos y continuos en forma de rosario, situados debajo (delante, en la especie humana) y á derecha é izquierda de la columna vertebral.

Se halla compuesto de tubos que vienen de casi todos los nervios cerebro-espinales y de células gangliónicas agrupadas en los puntos de aferencia y eferencia de las fibras que las constituyen. Estos cordones del gran simpático, que se extienden con el aspecto de un rosario desde la base del cráneo hasta la terminación de la región sacra, proporcionan ganglionidad á muchos órganos, y especialmente á las vísceras.

El estudio anatómico del gran simpático se ha dividido en cinco porciones, que son: cefálica, cervical, dorsal, lumbar y sacra.

Teóricamente, cada par de nervios medulares debe tener un ganglio simpático; de modo que, añadiendo los doce pares craneales, deben componer un total de *cuarenta y cuatro ganglios de primera categoría*. Estos ganglios son los que forman el rosario del gran simpático, constituyendo el sistema que Bichat llamó *de la vida vegetativa*.

Este sistema da inervación á todas las vísceras, formando plexos. Sus fibras sensitivas y motoras están abundantemente distribuídas en la piel y sus dependencias sensoriales. Pero mueve toda la dinámica que ejecutan los músculos lisos, y guarda estrecha relación anatómica y fisiológica con el sistema medular.

Experimentación.

La doble cadena ganglionar del gran simpático establece relaciones anatómicas con el eje cerebro-espinal por dos órdenes de raíces, sensitivas y motoras, de igual modo que ocurre con los nervios raquidianos á su salida por los agujeros de conjunción. Estas raíces están unidas por un ganglio para producir manojos mixtos que se aíslan en distintos trayectos y á diferentes alturas, constituyendo

Digitized by Google

arcos más ó menos extensos, que tienen una rama en el punto do
han de ser excitados y otra en los músculos.

Las vivisecciones demuestran que los filetes del simpático
sensitivos y motores, lo mismo que los nervios raquídeos.

Para practicar vivisecciones en el simpático hay que tene
precaución de aguardar un buen rato después de abrir al anim
porque los vivos dolores ocasionados por la operación oscurece
los que determinamos pinchando, comprimiendo ó dislacerando
ganglios.

También hay que tener en cuenta que las incitaciones sens
vas, lo mismo que las reacciones motrices, son más lentas.
músculos lisos se contraen perezosamente, *su contracción no es*
tantánea como en los estriados, y es más persistente que en éstos

Hechas estas advertencias, notaremos:

1.° Que si pellizcamos un filete nervioso sensitivo, el anima
queja; y si un filete motor, responde con una perezosa contrac
una zona muscular lisa de la región correspondiente á este filet

2.° Pellizcando los ganglios y las vísceras notaremos igu
efectos, viendo reacciones de movimientos en los planos de la
de relación, que se aprecian por sacudidas, dolores y quejidos.

3.° La sensibilidad y los movimientos determinados por el
pático son más notables, cuanto más cerca del eje cerebro-esp
practiquemos las operaciones.

4.° Si aislamos el gran simpático del eje cerebro-espinal cor
do los filetes de unión con la medula, no aparecen fenómenos de
sibilidad ni de movimiento en ninguna víscera aun cuando
pleemos todos los excitantes posibles.

5.° Teóricamente, *las raíces sensitivas de todo el sistema*
pático deben estar en las superficies cutánea, mucosa, seros
endotelios; y las motoras, en los músculos lisos de todos los órga

Estudio del pneumogástrico.

El pneumogástrico nace á los lados del bulbo raquídeo, c
del origen del glosofaríngeo; sale del cráneo por el agujero rasg
acompañado del glosofaríngeo y del espinal, dando ramos á l
ringe, faringe, corazón, pulmones y estómago; por tanto, tiene
nervio bajo su dependencia tres grandes funciones: la respira
la circulación y la digestión.

El pneumogástrico, á su salida del cráneo por el agujero ra
do, se une con el nervio espinal por medio de un ganglio, y d
este momento el espinal le da una rama anastomósica muy con
rable. Esta manera de unirse los dos nervios ha hecho que se c
dere como un gran par raquidiano, cuyo sensitivo estaría repre

Digitized by Google

tado por el pneumogástrico y el motor por el espinal. Desde el momento en que se unen los dos por un ganglio, en nada diferiría ya del plan de los nervios mixtos; pero las vivisecciones no responden á esta teoría.

Y no responden, porque tanto el pneumogástrico como el espinal son mixtos; y desde su origen, según demuestran los experimentos, se componen de tubos sensitivos y motores propios.

El pneumogástrico y el espinal son la medula de las entrañas ó delegados de la medula para armonizar la respiración, circulación y digestión con las funciones de la piel.

Para comprender bien la unidad de estos sistemas y su funcionamiento integral, presentaremos el esquema siguiente:

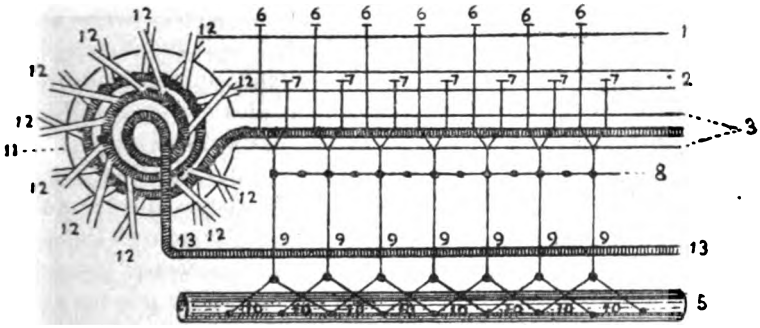


Fig. 2.ª—1. Capa cutánea.—2. Capa muscular.—3. Conducto medular.—4. Medula.—5. Intestino.—6. Placas sensitivas.—7. Placas motoras.—8. Gran simpático.—9. Fibras del simpático.—10. Plexos del sistema ganglionar.—11. Caja cefálica ó cráneo.—12. Nervios craneales representando pares sensitivos y motores.—13. Sistema del pneumogástrico y espinal.

II

LOCALIZACIONES

Desde que Galeno cortó los nervios recurrentes á un cerdo para demostrar la influencia de dichos nervios en la fonación, fué sucediéndose una larga serie de experimentadores que practicaban vivisecciones más ó menos difíciles, á fin de ver cómo cada nervio tenia supeditados á su acción determinados actos y funciones. Desde entonces acá, á nadie cupo duda de que el sistema nervioso era el de mayor categoría funcional, considerando que á este sistema estaban supeditados los demás, que era el que daba la fuerza inicial á todo, y el verdadero y único gobierno de la máquina.

Flourens, Vulpian, Carlos Bell, Bernard y otros eminentes fisiólogos aportaron al capítulo del sistema nervioso verdaderas maravi-

Digitized by Google

llas y detalles experimentales de positiva importancia. Hubo tiempo en que la mayor suma de experimentadores dedicaron mejores actividades á esta cuestión, y este período se encuer justificado por la aparición de Gall con su *frenología*. La teoría Gall trascendía más allá de la clínica: conmovía á la jurisprud cia y fundaba la Antropología criminal. Antropólogos y juris sultos pedían informes y materia científica á los laboratorios fisiología; y por esto queda explicado el impulso tan enorme d á esta cuestión hasta recapitular datos suficientes con que insti una nueva doctrina en Derecho, cuyo representante más clásic Lombroso.

Evidentemente, si el aparato motor de toda determinación e sistema nervioso, si éste se encuentra alterado, el hombre es irr ponsable de sus acciones: el libre albedrío se podría poner en du en ciertos casos. El legislador sintió escrúpulos y dudas, buscó fu tes de conocimiento en la fisiología, y se fundó una nueva especi dad de criminalistas y antropólogos dedicados á estos estudios.

Los antropólogos han ido coleccionando cráneos; han recog muchos miles de calaveras para medir ángulos faciales y deter nar capacidades; se ha estudiado la craneoscopia desde múltip aspectos; se ha instituído una nueva ciencia titulada *Psicología perimental*; los estudios de estas cuestiones no cesan; y los fisió gos siguen arañando por los sesos, por la medula y por los nervi provocando fenómenos para medirlos y relacionarlos, buscando *calizaciones* que son algo así como *presidencias*.

En todas las obras de fisiología se habla de localizaciones ce brales, y en los tratados especiales de fisiología del cerebro se d criben una multitud de operaciones y punciones para descub aquel encasillado cerebral que Gall inventó para fundar su fre logía.

En algunas revistas científicas se dan noticias frescas sobre descubrimiento de tal ó cuál localización; hay quien cree haber contrado la casilla de la música; otros la de la voluntad ó las q presiden á la bondad, al bandolerismo ó al amor. Sobre esto se escrito mucho, y creo que se abusa de las localizaciones siguien derroteros peligrosos.

Por regla general, no está muy claro en las obras corrientes fisiología el concepto de localización, y esto se presta á confusion para el que se inicia en esta clase de estudios. Esta confusión ha que no se saque de estos trabajos todo el fruto deseado.

Yo propongo que se retire desde luego la *presidencia* á las ca llas; pues con el actual tecnicismo parece que en cada centímet cuadrado del cerebro ó de la medula hay una entidad misterios una especie de duende, que tiene gran interés en esconderse

Digitized by Google

nosotros, y nosotros más interés en perseguirla para ensartarla como á un caracol.

Cuando se lee una obra de fisiología del cerebro y se describen los fenómenos que resultan de las punciones, arañamientos, excitaciones y destrucción de todo género, dan ganas de exclamar: ¡Cuánta gente tenemos en la cabeza! Y el que pincha y se entusiasma determinando movimientos, espera, sin duda, que de algún ventrículo, de los tres pilares de la bóveda ó debajo del puente de Varolio, salga un tio acosado por el punzón, diciendo: «¡Tú me has descubierto! ¡Me doy! ¡Yo he sido el guasón que me escapaba de las punciónes!...» Y éste podría sacar á toda la serie de caballeros particulares, que saludarían al vivisector, diciéndole: «¡Servidor de usted!» «¡Yo soy el que presidía la música!» «¡Yo, el que me encargaba de la memoria ó el archivero!» «¡Yo soy el que movía los ojos!» «¡Yo, el que distinguía los boquerones y el pimiento picante!...» En fin, así seguiría el desfile de duendes tan numerosos como actos fisiológicos tiene el animal.

Es muy probable que en el sistema nervioso no haya duendes. De la medula sabemos que tiene cordones sensitivos y motores; del cerebro, que tiene cordones motores y sensitivos; del simpático, que tiene acciones sensitivas y motoras; que estos centros guardan unidad funcional para determinar acciones motoras y sensitivas..., y nada más.

Estos órganos se llaman centros, porque son los puntos de reflexión de las corrientes centrípetas para convertirlas en centrífugas. Ni el cerebro, ni la medula, ni el simpático hacen otro oficio que el de la pared del trinquete; esto es, recibir los pelotazos y oponer resistencias para que la pelota reaccione y salga como disparada de la pared contra un músculo para que se mueva.

La forma del efecto no está en los centros nerviosos, sino en los aparatos.

Los nervios sensitivos de la medula y del cerebro tienen todos igual función en cada uno de sus trayectos; son reóforos como los de las pilas eléctricas. Teóricamente podemos cruzar estos hilos y obtendremos iguales efectos: si el nervio que mueve al masétero lo empalmamos con un intercostal y un intercostal con un masétero, ambos producirán contracciones y la forma del efecto no la dará el nervio, sino los músculos intercostales y los maséteros, que producirán, respectivamente, movimientos respiratorios y masticadores. Los hilos de una pila no dan más que corriente, que puede hacer sonar á un timbre ó producir la explosión de una mina. Estos mismos hilos, cruzándolos, producen efectos diferentes; es decir, que el del timbre determinará la explosión, y el de la mina hará sonar al timbre.

Digitized by Google

Los duendes están fuera.—Haciendo cosquillas á un indivi todos los aparatos se conmueven, resultando un disparo genera funciones: se disparan todos los músculos bruscamente y en de den; las contracciones se generalizan; el paciente da gritos, llo ríe al mismo tiempo. El movimiento inicial y generalizado de la dula se trasmite al simpático; aceléranse las contracciones car cas; se aumenta el ritmo respiratorio; derraman los órganos se torios saliva y lágrimas; el sujeto sobre quien se experimenta r infrecuente que se orine, y hasta defeque y lance ventosidades conductos pancreático y biliar derraman, y también pueden ocu derrames seminales.

El duende está fuera. El duende es el que hace las cosqui Los reflejos del simpático siguen arreatados á los otros porque continuidad anatómica y fisiológica. Por esto en las cosquillas cede lo que sucede.

Cuando se buscan localizaciones medulares, ¿se trata de a guar el punto donde se distribuyen los nervios?

Está bien. En este caso son útiles.

III

NEURONAS

Lo que llevamos dicho hasta aquí lo sabía cualquiera desde mucho tiempo. Ahora hay unas cosas más difíciles, que son neuronas.

Los nervios raquídeos y craneales, prescindiendo en estos mos de los sensoriales, realizan cada uno de por sí un arco ref que se advierte por movimientos perfectamente localizados en a llos músculos en que se distribuyen cada uno de los nervios mot correspondientes á cada uno de sus sensitivos; es decir, que par cerebral ó raquídeo es una doble individualidad aislada de demás, que puede desempeñar funciones de impresión, conmuta y reacción, con independencia de sus vecinas.

En estos hechos de demostración experimental está fundad teoría de las *neuronas*, que si Cajal no las hubiese analizado, sando ya desde este momento del campo de la teoría á los he evidentes, habría que inventarlas.

Las *neuronas* son unidades tácticas del sistema nervioso, i vidualidades bien definidas, células nerviosas, que forman se anatómicas y funcionales, determinando la variedad dentro d unidad del sistema.

Las neuronas llenan dos objetos fundamentales muy impor tes: primero, obedecen en el sistema á un plan de conservación segundo, á un plan de mayor perfección funcional.

Digitized by Google

Veamos el primer aspecto.

Si el sistema nervioso fuese de una pieza y continuo, de tal modo que no existiesen las neuronas, á la menor alteración acaecida en cualquier punto de su trayecto quedaría inutilizado todo el sistema.

Si un cuerpo de ejército fuese de una pieza, al primer proyectil que hiciese blanco quedaría inutilizado todo el ejército; pero como un ejército se compone de muchos miles de hombres, un proyectil y varios proyectiles matan á un hombre ó á varios, y las alteraciones de la totalidad no significan más que una acción de resta, que se compensa estrechando las filas, y de este modo el cuerpo de ejército resulta compacto, homogéneo y sano para seguir peleando. Si fuese de una pieza, si un ejército fuese un gigante, una individualidad anatómica, y cada línea de batallones fuesen, por ejemplo, sus miembros, podemos imaginar lo que ocurriría cuando una granada le arrancase un brazo... Sucedería que el gigante quedaría inutilizado y al primer disparo se perdería todo.

Esto no es más que un caso particular de lo que ocurre en todos los tejidos que integran al sér vivo, pues si fuesen de una pieza la más leve alteración acaecida iría seguida de muerte; no podría darse la regeneración total ni parcial, ni el proceso cicatricial, y las condiciones de existencia como tales cuerpos vivos serían muy difíciles. Por eso las neuronas responden en primer término á esta armonía conservatriz.

La segunda parte, ó sea la mayor perfección y variación funcional, es más compleja; pero también podemos darnos una explicación aproximada de sus especializaciones deduciéndolas de los hechos de constante y fácil observación.

El sistema nervioso recoge con sus instrumentos diferenciales una extraordinaria y extensa variedad de impresiones cósmicas, y los neuroepitelios encargados de recibir estas impresiones se llaman *neuronas sensoriales*; otra categoría de neuronas repartidas por todo el sistema se llaman sensitivas, de sensibilidad general, *neuronas sensitivas*; un tercer grupo se encarga de reflejar estas impresiones por la vía muscular, *neuronas motoras*; muchas sirven para poner en comunicación unas neuronas con otras, *neuronas de asociación*; y en fin, se encuentran las *neuronas psíquicas*, que son las del pensamiento, las que descargan por otras vías que no son las musculares.

Total, cinco clases de neuronas, á las cuales vamos á darles otro golpe para definirlas exactamente:

1.ª *Sensoriales.*—Reciben directamente la acción de los excitantes y producen corrientes nerviosas. Son los órganos de la impresión.

Digitized by Google

2.ª *Sensitivas.*—Reciben de segunda mano las corrientes por la impresión se engendran en las anteriores y las derivan h las neuronas motoras, dando lugar á una acción refleja, ó las tr miten á una neurona psíquica para dar motivo al fenómeno d sensación.

3.ª *Motoras.*—Reciben las corrientes de las neuronas sensit ó psíquicas, y producen otras que provocan las contracciones d músculos. Estas sirven para la reacción.

4.ª *De asociación.*—Sirven para difundir ó extender la acci regiones más ó menos remotas.

5.ª *Psíquicas.*—Reciben las impresiones por la vía sensori sensitiva, ó por ambas vías á la vez, y se descargan por otras v que son las musculares, dando lugar á lo que se llama fenóm de pensamiento.

Todas estas cinco clases de neuronas pueden relacionarse las de asociación, invirtiendo el orden de los mecanismos descr de tal modo, que una célula psíquica es capaz de promover paros por la vía muscular, sacudiendo á las neuronas motoras.

Más claro:

Lo que se advierte desde luego es que en el sistema nerv hay diferentes categorías de neuronas, como ocurre con un cue de ejército, en donde existen diversas categorías funcionales.

En el cuerpo de ejército las *sensoriales* estarían representa por el cuartel general, á cuya tienda van todos los telegramas é formes sobre la evolución del enemigo. Las *sensitivas*, por los ge rales de división y de brigada, que reciben las órdenes directas general en jefe. Las *motoras* estarían representadas por los sol dos. Las de *asociación*, por los oficiales de Estado Mayor, que transmitiendo órdenes de una á otra ala del ejército. Y la func de las *psíquicas* podría representarse por todos los trabajos del tado Mayor y del cuartel general en la tienda del general en je donde pudiera ocurrir que hubiese extraordinarias activida mientras los soldados dormían separadamente en el campamen

Con estas ideas ya conocemos el importantísimo factor de neuronas para hacer aplicaciones inmediatas de estos cono mientos.

IV

MECÁNICA NEURAL

Sistemas neurales.—Centros funcionales.—Series neuronales.—Correlación de sistemas.

Si no hubiese músculos, pasarían inadvertidas las funciones sistema nervioso.

Los músculos son de dos clases: estriados y lisos. Los primer

Digitized by Google

responden á la excitación rápidamente y por sacudidas; los lisos son más tardíos en su contracción y es más duradera, comunicando el movimiento al sistema de un modo ondulante ó larvario. Yo llamo al sistema de los estriados *sistema explosivo*, y al de los lisos *sistema browniano*, por llamarle de algún modo hasta que encuentre un término más propio.

Arrancando el sistema nervioso de la máquina viva, nos dará bien poca cosa. Esto sería igual que arrancar de una locomotora las bielas, manivelas y émbolos, que, siendo los transmisores del movimiento, si se estudian aislados sacándolos de la armonía de la máquina quedarían reducidos á pedazos de hierro de una ú otra forma, y nada más.

Para entender bien este asunto, hablando poco, recordaremos cómo las acciones térmicas que actúan sobre la máquina viva son continuas, pero variables en intensidad á cada momento. La acción térmica sobre la piel impresiona las *neuronas sensoriales cutáneas* que componen el *sistema térmico general*; inmediatamente se impresiona el *sistema browniano*, ó sean las fibras lisas de los vasos sanguíneos, estrechando su luz y produciendo una isquemia. Esta acción repercutirá luego en la totalidad del *sistema hidráulico*, y esta variación y todas las variaciones posibles las acusa inmediatamente el corazón, cuyo ritmo é intensidad de contracción se modificará en uno ú otro sentido. He aquí cómo hemos encontrado ya un centro funcional y un sistema neural, que comienza en la piel y acaba en el corazón. A éste le llamaremos *centro circulatorio* y *sistema neural circulatorio*. Pero en la cavidad torácica hay además otro centro funcional y otro sistema neural, cuyo mecanismo es el siguiente:

El aire atmosférico penetra en los pulmones, y las neuronas sensoriales de la mucosa respiratoria, en todo su trayecto, incluso en las vesículas pulmonares, experimentan cierta modificación que se transmite por la vía centrípeta á la medula; estos conductos sensitivos ó centrípetos comunican su movimiento á las neuronas motoras de los cordones inferiores (células motoras gigantes), y éstas á su vez promueven el trabajo de contracción en los músculos inspiradores y espiradores. He aquí *otro sistema neural y otro centro funcional que principia en los pulmones y termina en los músculos estriados que limitan la caja torácica.*

Con esto acabamos de ver cinco sistemas fisiológicos coordinados: el *térmico*, con repercusión inmediata en el *browniano*, que á su vez conmueve al *hidráulico* y éste al *pneumático*, con trascendendencia inmediata en el *explosivo*. Todos estos cinco sistemas son continuos y simultáneos ó sucesivos, y concurren á una inmediata finalidad, que es el cambio de gases.

Digitized by Google

La caja torácica con todo su contenido es el motor conti
funciona desde que nace hasta que muere el individuo, y en t
estos órganos motores existen relaciones numéricas de ritmo
hay que puntualizar para la resolución de los problemas dinámi

Las series neuronales del motor torácico están representa
1.°, por las sensoriales de la piel y de la mucosa pulmonar; 2.°,
las sensitivas endoteliales y pulmonares centrípetas; 3.°, por las
toras vasculares que se originan en el corazón; 4.°, por las neur
gigantes de la medula.

El centro neural gangliónico del aparato circulatorio hay
buscarlo en el corazón, y no debajo de la medula. El corazón
verdadero centro del sistema ganglionar circulatorio, porque
que regula la función, determinando la mecánica de las compe
ciones. De este modo, podemos considerar al corazón como un
menso ganglio, al que están supeditados todos los demás del siste
Este órgano musculoso ha adquirido tan potente desarrollo, po
constante gimnasia funcional, como las neuronas gigantes de la
dula, que también son las mayores por esta misma causa, por
su función no cesa desde que nace hasta que muere el individu

He aquí las líneas generales de la dinámica neural torác
Para el criterio médico, hay que puntualizar que una máquina
fecta debe guardar siempre relaciones exactas de ritmo entre
uno de los factores del motor, entre los pulmones y el corazón, y
ambos pueden dar movimiento uniforme y variado, uniformem
variado y uniformemente acelerado ó retardado.

Más síntesis.

El ecuador de la máquina que venimos describiendo está re
sentado por el diafragma; y así, podremos llamar línea ecuato
á los puntos periféricos del diafragma, que constituyen sus in
ciones.

Puesto que hemos señalado la línea ecuatorial, bien podemos
vidir la máquina en dos hemisferios: *austral* y *boreal*. El prin
está representado por la cavidad torácica, y el segundo, por la
abdominal. Podemos también admitir dos polos: el superior, re
sentado por la cabeza, y el inferior, representado por los órga
genitales. Además, tiene esta máquina cuatro expansiones radia
que forman las cuatro extremidades, dos superiores y dos inferio

El hemisferio austral ha quedado descrito, y ahora vamos á
parnos en el estudio del hemisferio boreal, ó sea la cavidad al
minal. Á las funciones de este hemisferio las llamamos en otro lu
funciones de raíces; y aquí, como se trata de limitar los siste
neurales, los centros funcionales y las series neuronales, sin olvi

Digitized by Google

la correlación de sistemas, diremos que *las funciones de este hemisferio, de la cavidad abdominal, son intermitentes.*

El aparato digestivo trabaja en plenas actividades durante la función digestiva. Sus movimientos iniciales se producen al comenzar la masticación. Los alimentos, á medida que van ingresando, excitan las neuronas sensoriales y sensitivas, repartidas en toda la superficie digestiva; y esta excitación sensorial-sensitiva tiene una repercusión inmediata en los sistemas glandulares, que producen bien pronto una corriente de líquidos hacia la luz del tubo. Todas las glándulas digestivas entran en actividad; y, á medida que las cantidades de alimentos aumentan en las cavidades digestivas, el derrame de líquidos es mayor.

Las funciones de estas glándulas son intermitentes. Fuera de los periodos digestivos, no hay posibilidad de obtener esas enormes cantidades de saliva ni de jugo gástrico, ni pancreático, ni biliar, ni intestinal, más que á condición de excitar las neuronas sensoriales y sensitivas de uno ú otro modo. Es de notar que estas mayores actividades secretorias van siempre acompañadas de un mayor dinamismo muscular, pues en estos períodos es precisamente cuando los movimientos peri y antiperistálticos de todo el tubo están más exaltados.

El movimiento se inicia en los músculos masticadores, se transmite á la faringe, de aquí al esófago, siguiendo al estómago y á los intestinos para terminar en el recto. Después de la digestión, y cuando todo el movimiento del tubo ha terminado, aumentan las actividades del recto, y no tarda mucho tiempo en presentarse la necesidad de defecar.

Los centros neuronales del tubo digestivo debemos buscarlos en los plexos ganglionarés que aparecen á todo lo largo del tubo; las series neuronales están representadas por las neuronas sensoriales y sensitivas, repartidas en toda la mucosa, y que son excitadas directamente por los alimentos. Estas neuronas transmiten sus movimientos en dirección centrípeta á las motoras; las fibras lisas entran en función, alternando la contracción de las longitudinales con las circulares, y todo este movimiento se transmite á las fibras glandulares, que son las que promueven el trabajo de secreción.

Cuando la digestión ha terminado, todos los movimientos han ido apagándose por tramos. Primero cesó la mecánica de la boca y esófago, siguió luego la del estómago, más tarde la del intestino delgado, y al llegar aquí es cuando comienzan las mayores actividades del grueso y recto, hasta la defecación. Después de este acto, el recto quedará en reposo, como quedó la boca cuando cesó la masticación.

Digitized by Google

El reposo del tubo digestivo va seguido de una mayor activ de absorción. El sistema de la porta y el quilífero comienz transportar los materiales, y es cuando en el hígado se realiza trabajos más activos, que se traducen inmediatamente por una yor turgescencia de las venas suprahepáticas, por una mayor fluencia de las cavas y por un aumento notable en las activid circulatorias periféricas.

En los centros neurales del hemisferio boreal hemos de v vemos cómo existe en el tubo digestivo un movimiento que se i en la boca, va transmitiéndose á lo largo del tubo *con movimi uniformemente acelerado, para llegar á su máxima exaltaci amortiguarse luego con movimiento uniformemente retardado h el reposo.* Este movimiento, que termina, se ha transmitido al híg y los trabajos del hígado repercutirán inmediatamente en el he ferio austral y en la totalidad de los hemisferios.

El sistema de este hemisferio es esencialmente hidráulico, y rece obedecer á la ley de las mareas. El flujo del tubo diges coincide con el reflujo del hígado y del corazón; el reflujo del t digestivo coincide con el flujo del hígado, que á su vez lo comu al corazón; y así va comunicándose el movimiento á toda la p feria, para descender luego que comienza la alta marea en el t digestivo.

Entre estos dos hemisferios, que se encuentran separados po diafragma, existen relaciones muy estrechas. El hemisferio aus se comunica por dos tubos con el otro hemisferio, cuyos tubos el esófago y la arteria aorta; y el hemisferio boreal comunica co austral por otros dos tubos, que son la gran vena cava y el cond torácico. Todos estos cuatro tubos perforan el diafragma y, mu mente, actúan de tubos de alimentación: siendo aquí muy vis la ley de diferenciación trófica, puesto que por la aorta recib *gran célula abdominal* la sangre roja, y esa enorme célula ma á la *célula torácica* la sangre negra de la cava, más la linfa a tada por el conducto torácico; y así, la existencia de ambas supeditada á la mutualidad de servicios.

El tórax es una célula muy grande, cuya membrana de cubi está formada por las paredes costales y el diafragma con toda dinámica muscular; los pulmones hacen de enquilema, y el coraz el núcleo. La cavidad abdominal es otra célula muy grande t bién, representada así: membrana de cubierta (paredes abdom les), enquilema (intestino), núcleo (hígado). Ambas células se a tecen por los cuatro tubos indicados. Cada una de estas células en un tubo colector por delante, y que se llaman tráquea y esófa para recoger el aire y la comida, y otro tubo expulsor por det ano y uretra, para expulsar el excremento y la orina.

Digitized by Google

Los centros neurales y las series neuronales de la gran célula abdominal están escalonados, formando los *plexos solar*, *gástrico*, *hepático*, *esplénico* y *mesentérico anterior*; pero estos plexos, compuestos de innumerables ganglios y fibras aferentes y eferentes, no son autónomos, ni tienen funciones espontáneas, ni son presidentes ni duendes, sino que reaccionan y convierten la acción sensitiva comunicada por los alimentos en reacción motora.

Cuando faltan los duendes de la boca, que son los alimentos, cesa la masticación; más tarde, la deglución; luego, la quimificación y quilificación; por último, la fecación y defecación.

Estos actos implican el trabajo de otros tantos centros neurales, escalonados en series neuronales distribuidas por tramos. Las neuronas sensoriales y sensitivas se encuentran en la superficie de la mucosa digestiva; la quimiotaxia verifica la acción centrípeta, y reflejan estos movimientos en forma de contracción muscular involuntaria.

Las funciones de la gran célula abdominal son más complejas que lo que hemos dicho. Hay que buscar otros centros neurales y otras series neuronales, porque además de estas funciones intermitentes y escalonadas que acabamos de señalar hay otras continuas, como son la función renal y la función biliar.

Los riñones son una continuación del aparato circulatorio; forman parte integral de este sistema, cuya función es continua, y por esto no resulta difícil deducir que la función renal debe ser continua también.

El tubo digestivo podrá estar dormido más ó menos tiempo después de la digestión, pero los riñones no cesan de trabajar ni de filtrar, porque constituyen *el nivel de agua* y *un nivel químico* de la máquina. El corazón no cesa de latir: es el centro de un sistema que está en perpetuo movimiento; y como el riñón es el punto de reacción del sistema, resulta un órgano de función constante.

Cuando hablábamos en otra serie de las funciones del riñón, vimos cómo la cantidad de orina segregada en veinticuatro horas guardaba una relación aproximada en su número de gotas con el número de contracciones cardíacas. Aunque esta es una contabilidad á puñados, puede orientarnos para buscar cifras exactas. De estos hechos se deduce que el centro neural de los riñones debe ser el mismo que el del corazón, porque la función renal está íntimamente supeditada á la cardíaca, y la serie neuronal debe estar representada por el plexo renal y anterrenal.

A medida que la vejiga se va llenando, principian á despertar otros centros neurales y otras series neuronales, para que muy en breve se verifiquen dos actos llamados urinación y defecación, que casi siempre funcionan unidos.

Digitized by Google

Los centros neurales de estos actos son muy complejos, po implica el mecanismo de los esfuerzos, en el que han de tomar p las grandes células torácica y abdominal. Antes de que se veri la micción y la defecación se necesitan excitantes que promu estos actos. Estos excitantes son la orina y el excremento, que respectivamente, los duendes de la vejiga y del recto.

Las series neuronales están representadas por las de la super rectal y mucosa de la vejiga, que, despertando corrientes cent tas, llegan á la medula, desde la cual se promueven centríf mente trabajos de contracción muscular para realizar las acci de expulsión.

Para verificar el mecanismo de los esfuerzos tienen que inh se las neuronas motoras de la medula, ó sean esas células gig que promueven los movimientos de inspiración y espiración gran célula torácica queda paralizada y llena de aire; esta in ción de las células gigantes repercute en corriente motora l otras series neuronales de la medula de la región lumbar, por motivo entran en contracción otras categorías de músculos, los abdominales y el diafragma, que comprimen los paquetes i tinales y la vejiga, verificándose de este modo los actos á que referimos.

Estos centros neurales y esas series neuronales funcionan intermitencias, tienen reposos muy prolongados. La inhibició las motoras torácicas tiene que durar muy poco tiempo forzosa te; cada esfuerzo es la repetición del mecanismo descrito, y, v cadas la micción y defecación, sigue la función continua y rít de la caja torácica. Las series neuronales que despertaron par rificar la micción y defecación caen en un reposo muy largo, que no han de salir hasta que la orina y el excremento arañe la mucosa de la vejiga y del recto para promover todos los m nismos de conducción, asociación, inhibición y reflexión que h venido describiendo.

Siguiendo estas investigaciones en la medula, con referencia músculos estriados, no cabe dudar de la existencia de series n nales. En el párrafo anterior hemos conocido dos series: la neu torácica, que funciona de un modo continuo, y la neuronal m abdominal, que funciona en el mecanismo de los esfuerzos, dete nando contracciones en el hemisferio correspondiente. Hay, ade otras muy extensas y de gran importancia que promueven los vimientos locomotores de las extremidades, de las cuales vamos cir algo.

Estas series neuronales son también intermitentes, no funci de un modo continuo, y la mecánica neural locomotora puede sentar diferentes formas.

Digitized by Google

Un individuo puede mover una extremidad solamente, y dos, y tres, y las cuatro.

Tratándose de un cuadrúpedo, y refiriéndonos á sus marchas, pueden éstas realizarse de distintos modos, con velocidades variables y con asociaciones diferentes. Marchar al paso es igual que verificar cuatro explosiones sucesivas neuronales en esta forma: mano derecha, pie izquierdo, mano izquierda y pie derecho. En el trote la marcha se verifica en dos explosiones diagonales: mano derecha y pie izquierdo, y mano izquierda y pie derecho. La marcha llamada andadura se promueve por dos explosiones lateralizadas, así: mano derecha y pie derecho, y mano izquierda y pie izquierdo. El galope se produce por tres asociaciones y explosiones simultáneas, quedando en cada instante de los desplazamientos con una sola extremidad apoyada.

Esta mecánica nos conduce á admitir cuatro series neuronales, una para cada extremidad. En estos mecanismos no hay más remedio que admitir las neuronas de asociación como determinantes de las variaciones de las marchas por explosiones diagonales, lateralizadas, simultáneas y de todas las formas de progresión descritas y algunas más que deben puntualizarse para deducir completamente la mecánica de las neuronas de asociación.

Como resumen, diremos que, buscando series neuronales de la medula, hemos encontrado: 1.°, la neuronal sensitiva centrípeta de todas las raíces de los cordones posteriores; 2.°, la neuronal motora de los cordones anteriores, con las localizaciones siguientes: 1.ª, torácica (continua); 2.ª, abdominal (intermitente); 3.ª, serie neuronal motora de la extremidad torácica derecha; 4.ª, serie neuronal motora de la extremidad torácica izquierda; 5.ª, serie neuronal motora de la extremidad abdominal derecha; 6.ª, serie neuronal motora de la extremidad abdominal izquierda; 7.ª, neuronas de asociación correspondiente á cada marcha; 8.ª, neuronas sensitivas correspondientes á cada uno de los casos citados y á cada una de las series neuronales motoras que hemos descrito.

Terminaremos esta serie diciendo que los duendes de las diferentes partes del simpático que hemos estudiado son: los alimentos para el tubo digestivo, el quilo para el hígado, la sangre para el corazón, el aire para los pulmones, el plasma para los tejidos, la orina para la vejiga, etc., etc. Estos son los verdaderos duendes, los excitantes naturales, las partes más activas que obligan á las células nerviosas á verificar un trabajo simple, elemental y vulgarísimo, como es el de la excitación muscular, promoviendo movimiento uniforme y variado, uniformemente variado y uniformemente acelerado y retardado.

En las tripas también hay cosquillas. Los casos de helmintiasis

Digitized by Google

son buenas pruebas de este aserto. Las excitaciones producida la mucosa digestiva por los helmintos provocan reacciones anor les que hacen variar la forma de los movimientos viscerales y ritmo.

Como hemos visto antes, en las diferentes vísceras hay órga que trabajan mientras otros duermen, hay funciones y actos al nativos y antagónicos; y, cuando esta correlación y este orde perturban, acaecen fenómenos patológicos de la mayor impor cia. La helmintiasis y la neurastenia abdominal son ejemplos ficos de estos trastornos, cuya patogenia podría explicarse algunas de las ideas de esta serie, de la que podemos sacar al dato de interés para el criterio médico.

Séptima serie de fenómenos.

I

INTELIGENCIA. — APARATOS INTELECTUALES

Los mecanismos elementales que acabamos de ver en la s anterior quedan reducidos á recibir impresiones, conmutarlas y siparlas; pero hay otra categoría de mecánica neural más compl que determina una clase de fenómenos llamados intelectuales, la síntesis de estos fenómenos se le llama *inteligencia*.

En la serie tercera, hablando de la fisiología de la piel, vi cómo existía un sentido fundamental, llamado *sentido térmico*, que se derivaban todos los demás sentidos, llamados todavía por gunos fisiólogos *sentidos externos*, entendiendo que existen otras tegorías de *sentidos internos que gozan de espontaneidad*.

Esta espontaneidad se aviene muy mal con los conocimientos dernos. Es dogma en las ciencias que los fenómenos son contin que no hay nada espontáneo.

Con referencia á la materia viva, es dogmático también que do movimiento sensible en la materia le ha sido comunicado con terioridad; de modo que en este caso sólo podemos admitir la re xión después de la transformación de la energía recibida.

Eso de sentidos internos no podemos admitirlo más que á co ción de que sean órganos ó aparatos que guarden almacenadas presiones cósmicas, procedentes de *fuera*, como es natural.

Dijimos en la serie tercera que *los instrumentos diferenci de la máquina viva son los factores de su inteligencia*, y esto p mos probarlo teóricamente siguiendo un procedimiento de exclus

Un ciego de nacimiento tiene la inteligencia más limitada un vidente, en igualdad de circunstancias, porque las ideas ciego (y las ideas son la representación de las cosas con sus pro

Digitized by Google

dades en el tiempo y en el espacio) estarían siempre desposeídas de esa admirable y hermosísima gama cromática. Si además es sordomudo de nacimiento, su fantasía y su imaginación no se conmoverán por la gama acústica. Será imposible que cante ni pinte, porque cantar y pintar son dos actos que consisten en devolver los colores y sonidos percibidos anteriormente. Si á este sér tan desgraciado le acomete un *coriza* agudo y pierde el *olfato*, y una *estomatitis* que le pervierta el *gusto*, le vemos incomunicado de tal manera con el cosmos, que poco á poco va siendo un cadáver.

Con todos estos aparatos inutilizados, todavía le queda el sentido térmico, que es el fundamental; habrá posibilidad de podernos comunicar con él por la piel, y hasta de hacerle feliz abrigándole ó abanicándole, dándole baños, y podremos hacerle sentir esa gama térmica que se extiende desde el placer hasta el dolor.

Este sér tan desgraciado y tan imperfecto que venimos describiendo, y que en la clínica se ve alguna vez, si todos sus demás órganos se encuentran íntegros, toserá y notará una mala impresión en sus pulmones cuando en sus inmediaciones se queme aceite; notará sensaciones agradables comiendo y bebiendo cuando tenga hambre ó sed, y se conmoverá agradablemente por los contactos de la mujer.

Siguiendo nuestro método, todavía podremos comprender á este individuo castrado; teórica y prácticamente podremos anonadarle el sentido térmico, anestesiarle los neuroepitelios de todas sus superficies internas y externas, y podremos calcular qué clase de fenómenos intelectuales dará este pobre hombre...

Estos sentidos y todos los que se descubran, porque no hemos llegado todavía á conocernos á nosotros mismos, son los factores de la inteligencia. No puede haber un movimiento, ni una vibración interna, y, para hablar más claro, un pensamiento ni una idea, que no haya venido del exterior; lo que prueba que la inteligencia no es más que la reflexión de movimientos comunicados.

Para llegar á comprender los fenómenos intelectivos hay necesidad de conocer los diferentes *aparatos intelectuales* de que se compone la máquina viva.

El animal superior es descomponible en otros de menor categoría. La gran *célula torácica* y la gran *célula abdominal* podemos considerarlas como dos individualidades, como dos organismos inferiores en relación con la totalidad del animal. Cada una de estas grandes células tienen su aparato intelectual, representado en la primera por el *olfato* y en la segunda por el *gusto*.

Si suponemos desmontado de la máquina el tubo digestivo, comprenderemos que en el sentido del gusto, que está á su entrada, tiene toda la inteligencia que necesita para su función, graduando

Digitized by Google

la temperatura de lo que ha de ser ingerido y la calidad de las gestas. Con este aparato tiene la suma de las afinidades ó apeten con la materia cósmica, y por eso al más hambriento nunca s ocurre comer piedras ni hierro fundido. Tiene el aparato digest además, otros actos intelectuales que son á los que llamamos de sas contra la indigestión, contra las infecciones, etc., etc., á cu defensas se llaman vómito, regurgitación, eructo, diarreas, ex sión de gases por el ano, etc., etc.

Con todos estos resortes, el tubo asegura la calidad, cantida temperatura de sus ingestas; expulsa por la boca lo que había serle perjudicial en otros tramos del tubo; abre sus válvulas p expulsar los gases que se desarrollan en las fermentaciones a males; cierra sus fronteras á la absorción cuando lo disuelto es judicial, provocando una corriente inversa, que es la diarrea, liendo por el ano la totalidad de lo ingerido; se limpia el tubo infectándose con los jugos biliares, y de este modo se pone en diciones de aguardar á que vengan nuevas remesas de alime mejores, para ser absorbidos cuando convenga.

Como se ve, este aparato, con sus neuronas especiales, tiene t la inteligencia que necesita para su función; y podemos conclui ciendo que el sentido del *gusto es el aparato intelectual del ap to digestivo, ó el cerebro de dicho aparato.*

El aparato respiratorio tiene también su mecanismo intelect que es el *olfato.* En este sentido se halla contenida toda la inteli cia que necesita el árbol respiratorio.

La función del aparato respiratorio es constante y rítmica. máquina no puede dejar de respirar más allá de algunos segun y como las condiciones del ambiente cambian en cada instante, necesarios varios registros que produzcan rápidamente la aco dación.

El olfato, que es parte integral del aparato respiratorio, dis gue gases agradables y desagradables: generalmente, los desa dables son perjudiciales, tóxicos ó infectantes; y con el registr fatorio la máquina se aparta de aquellas atmósferas impuras habían de envenenar su sangre, y se deleita aspirando las atmó ras puras y bien oxigenadas.

Como la atmósfera está muchas veces cargada de polvillo, pudiera acumularse en el árbol respiratorio y producir un tap miento que determinase la asfixia mecánica, tiene el aparato un gistro para excitar la tos y la expectoración. Estos actos se pro cen cuando hay polvillo, cuando se forman exudados por hi secreciones de la misma mucosa, y, en fin, en todos aquellos c en que hay que expulsar algo. Contra el enfriamiento rápido el estornudo, por cuyo mecanismo dan una serie de explosiones

Digitized by Google

dos los músculos de la máquina, asegurando el calor hasta que se verifique la acomodación de una manera más lenta y firme. Contra las temperaturas altas y bajas extremas de la atmósfera se hallan dispuestos de tal modo los tubos aéreos, que á las vesículas pulmonares llega siempre el aire á la misma temperatura. De no ocurrir así, el individuo estaba expuesto en cada momento á sufrir la coagulación de su sangre en sus pulmones ante una temperatura muy elevada, y á que se coagulase su sangre cuando la atmósfera se encontrase á una temperatura inferior á cero. De no tener estas defensas ó esta inteligencia, el más leve catarro y las variaciones extremas de temperatura habían de producir la asfixia rápidamente.

Estos hechos autorizan para decir *que el sentido del olfato es el aparato intelectual del aparato respiratorio, ó el cerebro de dicho aparato.*

Entre estas dos grandes células torácica y abdominal que hacen de hojas y de raíces constituyendo los aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio, hay muchas relaciones intelectuales y relaciones funcionales muy estrechas, como puede comprenderse muy bien estudiando el mecanismo de los esfuerzos. Al hincharse los pulmones y cerrarse la glotis, contrayéndose el diafragma y los músculos intercostales, queda disminuída la capacidad abdominal, se comprimen los paquetes intestinales, y por acción de empuje son expulsadas las heces y la orina, cuyos actos son una defensa y un acto intelectual contra la autointoxicación de los aparatos mencionados.

Al principio de esta función estos aparatos también se protegen con sus mecanismos intelectuales, pues tratándose de alimentos, generalmente, lo que huele bien sabe mejor.

La *inteligencia genésica* está en la cuarta célula, en las flores. Las neuronas del amor deben estar en los ovarios y en los testículos, porque arrancando estos órganos las flores no funcionan. A un eunuco le importa tanto de la mujer, como á un ciego la invención de las cerillas ó del cristal plano (y á una *eunuca*, lo mismo del hombre); de modo que ya conocemos la localización del aparato intelectual de las flores y sabemos dónde radica el *sentido genésico.*

El sentido del tiempo está en el estómago. Esto lo saben hasta los caballos. En los regimientos, cuando el trompeta tarda en tocar á pienso, los caballos avisan. Los caballos saben que *se les acaba la cuerda*, por una sensación llamada *hambre.*

Si encerramos á un hombre en una cámara oscura en tales condiciones que además no oiga ruidos ni nada que pueda indicarle las variaciones ambientes producidas por el tiempo, tendrá idea de éste por su propio desgaste, y podría contar los días por el número de sus digestiones. No sería un reloj al minuto, pero sí lo más apro-

Digitized by Google

ximado, á no ser que se diera el trabajo de estar contando sin c sus latidos cardíacos.

Conviene recordar que en nuestras síntesis hemos recogido la fisiología en cuatro grandes células, que sucesivamente llama *cefálica*, *torácica*, *abdominal* y *genésica*. Los aparatos intelectu de la segunda, tercera y cuarta los hemos llamado sucesivam *olfato*, *gusto* y *sentido genésico*, y en la primera célula radica *vista* y el *oído*. Estas cuatro grandes células están encerradas tro de dos cubiertas comunes: la muscular, en donde radic *sentido de la gravedad*, y la cutánea, con el *sentido térmico*, qu el fundamental, según nuestra manera de ver.

Por estas breves noticias referentes á los aparatos intelectu de las cuatro células, bien podemos decir que *hay una intelige genital*, *abdominal*, *torácica* y *cefálica*; y como cada una de e funciones intelectuales pueden alterarse en sus mecanismos, no brá inconveniente en admitir cuatro clases fundamentales de l ras, á saber: *genital*, *abdominal*, *torácica* y hasta de la cabez *cefálica*.

II

PROPIEDADES DE LA MÁQUINA

Hablando de un mineral, del hierro por ejemplo, decimos qu negro azulado, muy tenaz, que tiene cierto grado de dureza y peso específico, etc., etc. A esto se llaman propiedades del hierr no es asunto baladí hacer un catálogo de las propiedades de la quina viva.

Las dificultades que presenta hoy la confección de este catál proceden principalmente de que muchas propiedades no son c cidas y otras están mal estudiadas; pero conociendo algunas, de apuntarse y dejar el libro abierto para ir añadiendo las que se yan descubriendo.

Ya podríamos apuntar que un hombre bien organizado y en fecto estado fisiológico debe ver un objeto de un volumen deter nado á tal distancia; que debe oir el tic-tac de un reloj tipo á ta cuál distancia también; que debe oler un perfume tipo á tal ó c grado de disolución en el aire; que aprecia el gusto de tal cue sápido en este ó en el otro grado de disolución en agua destilada debe averiguar la relación que existe entre los grados de tempe tura que actúan sobre su piel poniéndolo en una estufa, y el nú ro de latidos cardíacos y de inspiraciones que indiquen una aco dación más fácil y perfecta, etc., etc. Todo esto serviría para av guar la perfección mayor ó menor de estas propiedades, de las c les podríamos deducir su grado de inteligencia, y sobre todo

Digitized by Google

aptitudes, con más precisión y verdad que tanteándole sólo la cabeza, como á los melones.

Prescindiendo del más y del menos, porque esto se apreciará con los aparatos estesiométricos, podemos asegurar que el hombre perfecto ve, oye, huele, gusta y aprecia la temperatura; que siente emociones amorosas; que necesita comer, beber y respirar buen aire, etc., etc. Conquistando aparatos (que ya hay muchos) para medir todas estas propiedades, podríamos determinar en un laboratorio el grado de perfección de cada hombre; lo que sería muy útil desde el punto de vista de la educación para la especialización de aptitudes, y fuente utilísima y exacta para confeccionar principios de gobierno.

Para gobernar y perfeccionar al hombre hay necesidad primeramente de conocerlo; y puesto que los instrumentos diferenciales son los factores de su inteligencia, desde luego se puede deducir que será más inteligente el mejor organizado y el que tenga mayor perfección sensorial.

El objeto de este capítulo es coleccionar todas las sensaciones para clasificarlas, como se clasifican las propiedades de un cuerpo simple.

Este capítulo tendrá, cuando esté constituído, gran interés y aplicación inmediata á la Medicina y á la Sociología.

Para concluir este boceto con arreglo á nuestra manera de entender, diremos que *los sentidos son instrumentos de defensa orgánica. Son en los organismos los polos de atracción y repulsión á cuyos actos llamamos placer y dolor. La perfección y progreso de las especies están orientados hacia el placer en su justo límite. El dolor aniquila y produce degeneración en las especies.*

¿Qué es el instinto?

¡Ah! ¡El instinto!... Es maravilloso ciertamente que al nacer un niño, un potrillo ó un perro, busquen con fruición el pezón de la madre; que las aves emigren á países remotísimos buscando alimentos; que la mosca carnaria acuda á las heridas y á las carnes muertas para depositar sus larvas, y que los animales busquen con tanta ansiedad como seguridad los alimentos y las aguas. A esta propiedad se la ha llamado *instinto de conservación.*

También es notable que los machos busquen á las hembras, y viceversa, en determinadas épocas. A esta propiedad se la ha llamado *instinto de reproducción.*

Total: que para asegurar la vida del individuo y de la especie existen dos propiedades, que son variantes de una fundamental llamada instinto, que se ha considerado como una ontología, como un

Digitized by Google

duende de segunda clase, porque se dice que el instinto es inf
á la inteligencia.

Efectivamente, el instinto no puede ser más fatal. Los frut
tufillo de la cocina, los alimentos de toda clase, las vibracion
los machos para las hembras y de éstas para los machos, se en
tran difundidas por el ambiente, llegan á impresionar los regi
de los aparatos, y éstos se mueven y funcionan determinando
ciaciones y acciones dinámicas, de las que resultan movimi
más ó menos generalizados en la dirección en que vienen las
taciones.

Estos fenómenos son tan lógicos y de tan fácil explicación
los fenómenos respiratorios, y generalmente á nadie se le ha
rrido decir que los animales tenían el instinto de respirar. Act
aire atmosférico sobre las neuronas de los pulmones, y la res
ción se produce; actúa la orina sobre la mucosa de la vejiga,
urinación se realiza después de promover varios mecanismos.
mecánica es idéntica á la que producen las partículas del tufill
guisado en la pituitaria del hambriento y las vibraciones de
bra en el macho, y queremos considerar á estos fenómenos dif
tes á los otros, llamándolos actos instintivos.

Los duendes del instinto también están fuera. Son los ag
cósmicos los que vibran: éstos son los elementos activos qu
hallan fuera, repetimos, y son los que promueven movimiento
los órganos y en los aparatos.

A nadie se le ha ocurrido decir que las ruedas de un tren ti
instinto, y el mecanismo funcional es el mismo, toda vez que ob
cen fatalmente reaccionando por los impulsos del émbolo, ést
la expansión del vapor, el vapor por la ebullición del agua, la
llición por la combustión, por el oxígeno de la atmósfera y el
bón del hogar, cuyo carbón arde porque un hombre ha encen
un fósforo gastando un determinado esfuerzo muscular, porque
sangre, que se ha hecho con alimentos que han brotado de la
rra, etc., etc.

*El instinto responde á la misma ley individual y específic
defensa orgánica que los sentidos. Y el instinto será más per
cuanto mejor constituído sea el animal.*

III

FUNCIONES PSÍQUICAS

¡Estas sí que son difíciles!

Hace unos cuantos miles de años que estamos diciendo de es
ojo de buen cubero, todo lo que nos da la gana, y todavía est
en estos conocimientos á la altura de la fresa.

Digitized by Google

Psiquis quiere decir *alma*. Como yo no vengo á la REVISTA IBERO AMERICANA á escribir sobre Teología, sino de Medicina, mis investigaciones se dirigirán hacia el *alma médica*, hacia las fuerzas incidentes que actúan sobre el organismo de uno ú otro modo para provocar diferentes clases de fenómenos.

Por otra parte, yo no hago más que estudios de generalización, trazo líneas generales, planteo problemas, pregunto, sondeo, dudo, confieso mi insuficiencia siempre, reconozco que soy atrevido en algunas cuestiones para buscar una sistematización lógica de los problemas médicos; y sobre las funciones psíquicas también he de decir lo que buenamente entiendo, aunque sea muy poco.

Lógicamente toda neurona sensorial es psíquica, porque el pensamiento y las ideas son representación de las cosas en el tiempo y en el espacio, con todas sus propiedades, y todo esto ha entrado por las neuronas sensoriales.

Vamos á suponer que toda neurona sensorial periférica tiene su representante en el cerebro y en la medula: es decir, que las neuronas sensoriales forman un sistema convergente de las periféricas epiteliales (neuroepitelios) al centro, y á los puntos donde terminan sustancia gris del cerebro y de la medula) les llamaremos centros psíquicos; luego las neuronas psíquicas son una continuación de las sensoriales.

Los neuroepitelios son instrumentos analizadores: forman los sentidos, algo así como el abecedario; pero como todos los sentidos pueden recoger impresiones á la vez, la total suma de impresiones cósmicas en un momento dado producen palabras, frases, impresiones sintéticas, acordes en las neuronas psíquicas.

Un brochazo de pintura roja en una pared blanca no nos producirá más impresión que la del colorido; pero un hombre, que es una unidad tan compleja, nos impresionará con arreglo á su complejidad. Y si hay muchos hombres y árboles y casas y perros y pájaros y mujeres que cantan y ríen y bailan y en sus descuidos dejan asomar anchuras de carne apretada y elevaciones nítidas y turgentes; si además los perros ladran y riñen, y las flores dan perfumes, y á poco hace viento frío y húmedo, oscuridad, música y hambre, todo esto, que puede sucederse con simuitaneidad ó en muy poco rato, toda esta complejidad nos impresiona en los diferentes instantes en que se producen las escenas, conmoviendo las neuronas psíquicas en acordes sucesivos y simultáneos más ó menos extensos é intensos.

Después de esto las ventanas sensoriales se cierran, pero las impresiones ya están dentro y pueden vibrar más ó menos tiempo y repetir la vibración á intervalos (memoria).

Todo movimiento transmitido desde las neuronas sensoriales á

Digitized by Google

las psíquicas puede quedar latente en ellas ó dispararse por
rentes vías. Esta idea es muy importante, pues con ella nos v
á explicar de un modo bastante claro la función coordinada d
neuronas sensoriales, sensitivas, motoras, de asociación y psíqu

Cuando las neuronas *sensoriales psíquicas* funcionan solas
influir á ninguna neurona motora, tenemos ya el trasunto de
bula de Prometeo encadenado. El individuo siente y piensa
neuronas psíquicas tienen una extraordinaria movilidad, ó lo
sea; están en perpetua agitación, son juguete de los agentes c
cos, como las espigas que se arremolinan y se mueven en toda
direcciones por el impulso de los vientos. Estos son los fenóm
del pensamiento y de la imaginación, que no cesan. Las células
quicas se agitan en el momento de recibir la corriente sensori
después por todos los elementos cósmicos, que son los agentes
vos iniciales; el pensamiento es una especie de cinematógrafo, y
es fatal, como los llamados fenómenos de instinto.

El sistema de agentes activos que conmueven á nuestras n
nas, y que desde ahora le llamaremos *sistema radiante*, es á
tras neuronas psíquicas lo que el viento á las espigas. El p
miento no cesa; la acción de un disgusto no se borra cuando
quiere: es persistente, y nos mortifica aunque no queramos.
alegrías también son vibraciones que se imponen á nuestro ár
El trabajo psíquico neural más puro, en el que se aprecia más
ramente la mecánica que proponemos, se produce en los *ensu*
donde los pensamientos y las ideas brotan sin freno y sin que i
venga para nada la voluntad del amo de la cabeza.

La serie neuronal psíquica posee una gama tan extensa,
son los agentes cósmicos, como las gamas excitadoras externas
mo las gamas sensoriales; y entre estas series neuronales psíqu
existen asociaciones directas con las interpsíquicas por medio d
de asociación, para despertar la *retentividad*, la *reminiscencia*
fusionabilidad, pues de otro modo no se explica la mecánica d
memoria, ni la asociación de ideas, ni la serie de recuerdos qu
nos disparan, aunque no queramos, por la influencia de un so
por la presencia de una persona, por la emoción de un dibujo,
tera, etc.

Cuando oímos una composición musical que hace referenc
una ópera ó á una zarzuela, esta composición musical, ó por n
decir, las vibraciones del instrumento en que se producen, h
titilar á nuestras neuronas psíquicas; el movimiento que éstas
ben lo comunican á las vecinas, éstas á otras; entran en funci
las de asociación interpsíquicas, y se repiten en nosotros las s
de impresiones coordinadas siguiendo la representación de aq
ópera en nuestro cerebro, como si la volviésemos á ver. A me

Digitized by Google

que la orquesta ejecuta los diferentes períodos musicales, vemos el escenario, á los actores, la sala, el público; y como las series neuronales psíquicas no cesan de trabajar, y la asociación de fusibilidad es creciente y cada vez más perfecta, recordamos, no sólo la representación, sino detalles que parecen extemporáneos. A veces recordamos que en aquel teatro estaba en la platea aquella noche tal ó cuál persona; que en el gallinero había un sastre, que después lo fusilaron, etc...

Es frecuente que al llegar á uno de estos hechos gordos y tristes, las neuronas se orienten en otra dirección, se duerman unas y se despierten otras; el pensamiento que comenzó siendo alegre, se hace tétrico; seguimos pensando cada vez más hondo y con mayor intensidad, hasta que otra fuerza mayor paralice aquellas neuronas con un «¡escucha!» imperativo de alguien que advierte nuestra abstracción.

Entonces prestamos atención á lo que nos van á decir. Las neuronas se orientan en la dirección en que van á recibir las corrientes del que nos habla, y de esto se deduce que la *atención* es un freno del cerebro. Otro freno es hablar, porque cuando se habla no se piensa. El lenguaje es una descarga de varias series neuronales psíquicas, que se han asociado con neuronas motoras; las palabras afluyen á los labios como las aguas de un torrente, y no puede pensarse en nada más que en lo que se habla.

He aquí dos modos de sujetar nuestra imaginación: prestando atención y hablando; y cuanto más fuerte se hable, mejor.

El individuo puede silbar, tararear una composición musical y meditar. Muchas veces se piensa mejor silbando y tarareando bajito. Esto es lo que hacen muchos cuando juegan al ajedrez, ó á alguno de esos juegos que requieren mucha atención.

Teoría de la flauta.

La cabeza es una flauta con varias llaves. Para que funcionen unos registros hay que cerrar otros. Cada nota de esta flauta se produce con unas llaves abiertas y otras cerradas...

El médico debe conocer estas llaves y estos registros para dirigir la gimnasia cerebral, para diagnosticar las locuras y para curarlas.

Como la función psíquica tiene trascendencia inmediata sobre toda la máquina, porque las neuronas de asociación conmueven á todas las neuronas motoras de todas las regiones, bien podemos decir que *el hombre, la totalidad hombre, es una flauta con muchas llaves;* según las que estén abiertas ó cerradas, dará uno ú otro movimiento, que equivale á una ú otra nota.

Digitized by Google

En esta flauta el ambiente es el que sopla por las neuronas sensoriales, promoviendo un trabajo que se transmite á las neuronas psíquicas, quienes impulsan, en virtud del movimiento adquirido, á las de asociación, saliendo la descarga final por las motoras.

Para buscar el *alma médica*, hay que seguir la dirección de las fuerzas incidentes que actúan sobre el *sistema térmico*, *browniano*, *hidráulico*, *neumático*, *explosivo* y *radiante*. Estas fuerzas incidentes son el alma, son las fuerzas verdaderamente activas que soplan para que suene la flauta.

El hombre no es más que una negativa donde se refleja todo el movimiento universal. La negativa mujer refleja también todo el movimiento cósmico adquirido, y ambos son dos pequeños mundos que se influencian por reflexión.

Inhibición.

Para comprender exactamente el mecanismo de esta flauta es necesario estudiar las inhibiciones.

La inhibición es una locomotora: la promueven el freno y la palanca que maneja el maquinista, para cambiar las fuerzas de dirección. La inhibición supone un fenómeno activo. En la máquina viva y en la otra la inhibición es un caso particular de un sistema de fuerzas desiguales en que la mayor actúa de inhibitoria, marchando la menor en la dirección en que actúa la primera.

Considerando la inhibición como cambios de dirección de las fuerzas de la máquina, podemos considerar como fenómenos inhibitorios los hechos de cerrar los párpados para no ver, taparse los oídos para no oir, impedir los movimientos respiratorios para no oler, escupir para no gustar, vomitar, cantar, estornudar, soplar, realizar el mecanismo de los esfuerzos para orinar, defecar y ventosear, cohabitar, iniciar una marcha, detenerla, paralizar las extremidades, acostarse, etc., etc. Es decir, que la máquina se compone de muchos aparatos que funcionan con intermitencias y en series bien definidas; pues no se puede copiar un trozo de escritura mientras se habla de otra cosa, ni se puede al mismo tiempo tocar el cornetín y cohabitar, y orinar y esculpir, ni se puede tocar el piano y defecar al mismo tiempo.

Puede calcularse que la mitad del hombre está dormido, aun cuando esté despierto. Puede estar el hombre muy despierto, y sus flores completamente dormidas. La urinación es incompatible con la eyaculación seminal: son dos funciones antagónicas. En cambio, la urinación y la defecación son simultáneas, y parecen promovidas por un mismo registro. La parte central del tubo digestivo puede estar en sus mayores actividades cuando duermen más profunda-

Digitized by Google

mente los extremos del tubo. Los mecanismos de la masticación é insalivación están dormidos, las glándulas salivares duermen; y para provocar la urinación y defecación se paraliza por breves momentos el movimiento de la caja torácica.

En la caja cefálica es muy interesante el estudio de estos mecanismos: cuando se habla, no se puede escribir; cuando se habla, no se piensa; la impresión de un disgusto se borra llorando, dando gritos y sacudiendo garrotazos; las emociones alegres promueven el raro fenómeno de la risa y carcajada. Cuando el hombre está dormido (sueño), se le despierta la otra mitad. El cerebro es una juerga, aunque el amo no quiera; durante los *ensueños* se piensan las cosas más disparatadas. A veces la *cuarta célula* entra en unas actividades tan extraordinarias, que el amo las echa de menos cuando está despierto. A veces esta célula cuarta se asocia con la cefálica para completar la función del amor de una manera tan fantástica, que sería irrealizable de otro modo. La *torácica* se vuelve loca, aumentando su trabajo hasta la disnea y ortopnea; súfrense dolores, se saborean deleites; algunos poetas han soñado sus mejores versos; y de algunos matemáticos se cuenta que resolvieron durmiendo dificilísimos problemas que no entendieron despiertos.

La determinación de todos los actos de la máquina y su sensación nos conducirá á descubrir los *antagonismos funcionales* y el *balanceo orgánico,* que serán la base para conocer las *compensaciones.*

Hablando del sistema nervioso, estos conocimientos nos darán la clave de las series neuronales y de las asociaciones posibles para que puedan realizarse estas series conmutativas dentro de cada serie, y el cambio más ó menos rápido en el trabajo de una serie á otra. Esto implicará el conocimiento de la gimnasia visceral é intelectual y de la gimnasia interna de todo género. Promoviendo estos trabajos gimnásticos hay posibilidad de aumentar el trabajo de todos los órganos para obtener un mayor rendimiento y perfección; porque es ley que órgano que no trabaja se atrofia, y órgano que trabaja en buenas condiciones se perfecciona.

Para adquirir base fundamental y criterio en estos asuntos, no hay que perder de vista que toda la mecánica apuntada procede de los sistemas fundamentales fisiológicos, térmico, browniano, hidráulico, neumático, explosivo y radiante, en los cuales actúan de fuerzas incidentes el calor que vibra sobre la piel, el aire que vibra en los pulmones, la sangre que roza en los endotelios, la explosión de la energía almacenada en los músculos, y los elementos radiantes que actúan sobre el cerebro, etc., etc.

Esta mecánica podemos dividirla en *inconsciente* y *consciente.* Haciendo actuar las fuerzas incidentes con diversas intensidades

Digitized by Google

sobre el individuo, éste tiene que responder, aunque no qui reaccionando á las fuerzas ambientes como un fantoche.

La mecánica consciente, que se ha llamado también *mecani de las musculaciones voluntarias*, se inician por la voluntad; la *voluntad* no es tampoco ningún duende. Querer ó no quere apetecer ó repugnar, y, en pura física, un fenómeno de atracció repulsión. Para querer ó no querer una cosa es preciso conocer tes la cosa, y de aquí que la impresión cósmica es anterior á determinación voluntaria.

¿Qué color le gusta más al ciego? Ninguno. Este no tiene vo tad para los colores, porque no los ha conocido, porque no le impresionado. ¿Qué música le gusta más al sordo de nacimie Ninguna, ni tampoco le molestan las cencerradas. El sordo no t voluntad para la música. Luego la impresión cósmica es anteri fenómeno de la voluntad, que implica tanto como decir á las tencias ó repulsiones.

Estudio sintético de estos fenómenos.

Conocido el papel fisiológico de los neuroepitelios y sus cat rías, estamos de acuerdo en admitir que los nervios que de arrancan llevan encauzadas á los centros las impresiones cósmi

Este modo de considerar el sistema nos autoriza á decir qu neuroepitelios son instrumentos analizadores, y los centros ap tos de síntesis.

El cerebro y la medula se componen de sustancia gris y sus cia blanca. Toda la sustancia blanca se encuentra formada po bos; y como el papel del tubo es tan pasivo que no hace más que jarse atravesar, teóricamente prescindiremos un momento de lo bos para quedarnos con lo gris. La sustancia gris es la más act Está constituída por conglomerados de neuronas. De esta susta son las neuronas, y los tubos no son más que apéndices celulare

Las neuronas del cerebro y medula son por su tamaño gran medianas y pequeñas; por su diferenciación, unipolares, bipol y multipolares; se hallan colocadas en diferentes estratos, calcula que tienen entre sí relaciones interpolares de diferentes neras.

Estos hechos parecen fuera de duda por estar comprobados.

Si la célula nerviosa no tiene más que esto, si su anatomía es simple, no hay que esperar de ella grandes cosas. A la simplic orgánica debe responder la funcional, y no hay que esperar neurona más que dos ó tres fenómenos, que pueden ser: nut más ó menos intensamente; estirar ó encoger sus polos para biar sus conexiones, y segregar más ó menos con arreglo á l tensidad de las excitaciones. Una neurona aislada es un mod

Digitized by Google

protozoario, y no puede aspirar á producir más fenómenos que los que éste realiza.

Se infiere de esto que es muy difícil llegar á comprender los fenómenos intelectuales simplemente por el estudio microquímico celular, que hay necesidad de grandes síntesis y que sólo el unitarismo podrá resolver estas cuestiones.

Para desarrollar esta idea con pocas palabras, vamos á servirnos de un ejemplo:

Imaginémonos que dentro de una habitación hay un fonógrafo; que no tenemos idea de este chirimbolo; que nos ponemos á escuchar en la puerta, y el fonógrafo refleja una juerga andaluza.

Lo primero que se nos ocurrirá será que en aquella habitación hay mucha gente y muy alegre. Bien.

Se abre la puerta. El fonógrafo está en un cajón; desde luego vemos que no hay gente, y decimos: eso es una máquina, una especie de organillo perfeccionado.

Empezamos á discurrir, pensando que allí hay una serie de mecanismos raros, una maravillosa complicación de laringes artificiales, castañuelas, un fuelle y qué sé yo...

El inventor destapa la caja y nos muestra que, fuera del aparato de relojería, no hay más que un cilindro de cera y un punzón.

Entonces nosotros, creyendo que en la cera está el secreto, comenzamos á dar cortes al cilindro; disolvemos las virutas de cera para analizarlas; las combinamos con todos los cuerpos posibles; descomponemos la cera en sus factores elementales; la volvemos á recomponer, realizamos diferentes operaciones sintéticas, y llegamos á confeccionar hasta el cerato simple.

¿Ustedes creen que por este camino llegaríamos á comprender la función del fonógrafo? ¿Cómo habíamos de entender el telégrafo de Marconi si sólo hiciésemos el estudio de las limaduras de hierro física y químicamente, combinándolo y descomponiendo sus compuestos, viendo su cristalografía, etc., etc., sin tener en cuenta las ondas herzianas y demás factores externos, que son precisamente los factores activos?

¿Estaremos obsesionados por algún error de investigación con referencia á las funciones cerebrales? Todo hay que temerlo al ver lo poco que prosperamos en estos estudios, á pesar de dedicar á él sus energías tantos indiscutibles y respetables sabios de todas las partes del mundo.

Sin dejar el camino emprendido, porque es indudable que nos ha dado datos de mucha valía y ha de proporcionarnos muchos más, creo que podríamos abrir otro campo á la investigación, considerando al cerebro y medula dentro de su caja en función de aparato en el que jueguen conjuntamente las membranas, el líquido céfalo-

Digitized by Google

raquídeo, los ventrículos en función de cavidad, contactos de ó
nos; acaso haya flujo ó reflujo de líquido céfalo-raquídeo en los
trículos cerebrales y por el epéndimo; quizá este mismo líquido i
de mayores ó menores zonas; quizá este líquido sea el que vibre
intensidades variables, y esta vibración se comunique á las ne
nas, ó al revés; la misma sangre dando en un momento dado m
turgescencia por congestión ó, al contrario, por anemia, ¡qu
yo!..., algo de todo esto, y todo menos considerar que en cada
rona hay un duende especializado. Las funciones de la neurona
nen que ser infinitamente más simples que las de la totalidad l
bre. Si se descubre algún órgano más sencillo que la neurona
davía serán más simples sus actos. Eso de considerar á cada
rona como un duende, es igual que si en la placa fotográfica
propusiéramos buscar en cada una de las moléculas de la susta
impresionable el tanto que le ha correspondido en la fotograf
dijéramos, si se trata de una fotografía humana, que tal zon
taba encargada de impresionarse por las narices, tal otra po
orejas, etc., etc.

Hoy, que conocemos ya la fotografía, el cinematógrafo y e
nógrafo, podemos establecer comparaciones y ver cómo las ll
das funciones psíquicas no son más que la combinación de estos
aparatos, que, naturalmente, han de hallarse más implicados,
que en punto á economía nada hay más asombroso que la máq
viva.

Nunca hubiéramos llegado á comprender la digestión, la
ción del tubo y la intermitencia funcional del intestino, busc
estos datos en el estudio de las células intestinales; como no h
ramos deducido jamás que un caballo era capaz de marchar
lope con una velocidad enorme, por el simple estudio histológi
la célula muscular.

Yo considero al eje céfalo-raquídeo como un embrión, con
prisionero entre las mallas huesosas de cráneo y raquis, un in
duo embrionario, y por eso muy sensible á las acciones térm
El epéndimo y los ventrículos acaso sean algo así como su ap
digestivo; acaso las serosas sean algo como su piel, su parte
activa, la que inicie el trabajo reaccional ó lo que sea... Señ
perdón. Estoy escribiendo todo lo que se me ocurre, sin madur
juicio. Si algunas de estas pobres ideas las creéis lógicas, vos
las comprobaréis.

Y vamos á insistir.

La piel y el cerebro.

No hay posibilidad de entender las funciones cerebrales si
insistamos en la fisiología de la piel.

Digitized by Google

La categoría funcional de la piel es más elevada que la del cerebro, y todos los órganos valen bien poca cosa comparándolos con la piel. El músculo no hace más que contraerse y relajarse; el hueso, dejarse conducir por el músculo; las arterias, dejar correr la sangre y aumentar ó disminuir su luz; el corazón, á quien se le han atribuido tantas cosas, no es más que un músculo hueco, que se contrae rítmicamente; las glándulas segregan cuando se lo mandan; y todos los órganos, absolutamente todos, obedecen á la piel. En la piel hay *pulmón*, *corazón*, *hígado*, *intestino*, *riñón*, *cerebro*, todo, todo...

La vejez se inicia por la piel. El niño, el adolescente y el joven tienen la piel tersa y muy sensible. Los viejos, arrugada y amarillenta, y su aparato térmico funciona muy mal. Todos los instrumentos sensoriales se van haciendo perezosos á la impresión cósmica, y, por último, no responden.

Hay muchos seres que no tienen cerebro ni medula; y como en ellos hay inteligencia é instinto, lógico es suponer que estas propiedades radican en la piel. Hay que estudiar la piel en todas las especies, y se verá indudablemente cómo la piel del hombre tiene mayor diferenciación estructural. La piel no es un manto como una camisa, sino un aparato muy complejo, más complejo que los llamados centros nerviosos (cerebro, medula y simpático). En éstos no hay más que células y tubos, y en la piel hay muchas cosas más: pelos, una extraordinaria variedad de glándulas (sebáceas, sudoríparas, de lágrima, de legaña, cerumen, etc., etc.), fibras lisas, pigmentos, extraordinaria vascularidad de toda clase, cuando en el cerebro, según veo, se duda de los linfáticos; muchos nervios, y de los más diferenciados, sensorios de toda clase, y diferenciación sensorial y sensitiva. Es decir, que el sistema nervioso es en la piel donde tiene una verdadera diferenciación para trasmitir las impresiones elaboradas al cerebro y donde su estructura es más variada.

Hay enfermedades de la piel con necesarios trastornos mentales (pelagra y otras); y si pasamos revista á la piel y á las dependencias sensoriales de los locos, seguramente encontraremos en estos órganos lesiones importantes que nos darán la definición de la locura.

El *alma médica* se cierne sobre la piel, determinando hondas modificaciones en la máquina. Si colocamos una cerilla encendida delante de la pupila de un individuo, á medida que retiremos ó aproximemos la cerilla se contraerá ó dilatará el iris, aunque el amo del iris no quiera. Es que entre la luz y las fibras lisas del iris hay relaciones materiales, y el iris no puede sustraerse á seguir la fuerza de la luz ni dejar de experimentar toda variación que ella produzca, como es la de la intensidad al aproximarse ó retirar la cerilla. Si fuese posible ver á través del cráneo la cadenita de huesos que pone en tensión ó relajación el tímpano veríamos cómo esta

Digitized by Google

cadenita se estira y se encoge, poniendo el parche más ó menos so con las variaciones de intensidad acústica que podríamos pr cir manejando los pedales de un piano.

Esto que pasa en el iris y en la cadenita de huesos ocurre bién de una manera constante en toda la piel, cuyas fibras lis contraen más ó menos, según que pasemos del sol á la sombra la sombra al sol. Es indudable que á cualquiera variación tér de décimas de grado, al pasar de una á otra habitación, al qui la americana, al subir ó bajar cien metros, tiene que acomodar piel; las fibras lisas tienen que templarse al ambiente, y el am te las templa aunque no quiera el individuo.

Esto, que es tan simple (porque, después de todo, en nada s ferencia de lo que ocurre en el mercurio de un termómetro, dila dose), tiene en la totalidad de la máquina más trascendencia que parece. A las más insignificantes variaciones han de estr cerse hasta los últimos elementos anatómicos. Así es como de manera inmediata, á la más insignificante variación térmica, e mo cardíaco se altera, porque la oleada sanguínea de ingres disminuído en velocidad ó en cantidad; y tras de este fenómen gue arreatado el pulmón, que desde este momento recibe y eli más ó menos cantidad de oxígeno y de ácido carbónico y v de agua.

He aquí cómo, además de las modificaciones de los vasos e calibre, pueden ocurrir y ocurren variaciones químicas en la gre, que repercutirán muy pronto en la nutrición, haciendo tr jar más ó menos á las glándulas. En fin, por el movimiento inic en la piel por el más ó menos calor, surge una serie trascenden sima y continua de fenómenos que no puede evitarlos el indivi aunque quiera, aunque haga todos los esfuerzos imaginables, que nadie manda en sus tripas, ni en su corazón, ni en sus pu nes, ni en su hígado, ni en sus arterias, ni en sus glándulas, todas éstas son zonas automáticas mandadas por el cosmos, el *alma médica,* complejísima, material y variable en cada mento.

El sistema ganglionar es esclavo del *alma médica,* no tiene guna iniciativa ni espontaneidad. Su alma está fuera, y los ne epitelios obedecen á las excitaciones directas, con arreglo á la renciación neuroepitelial. Los de la piel responden al calor con das sus variantes; los de la mucosa digestiva reaccionan por el tacto de los alimentos; los del pulmón, al del aire; los del cora á la sangre, así como todos los del sistema muscular, glandular, etcétera.

¡Oh, los neuroepitelios!...

No tanto. Los neuroepitelios, sin los músculos, no son nada.

Digitized by Google

do el sistema ganglionar, sin músculos, no sirve para nada. Entre una placa nerviosa y un músculo hay la misma relación que entre el pistón y la pistola, y ésta es de mayor complejidad que el pistón. Un músculo, aunque sea un modestísimo músculo liso, es más complejo histológicamente que una placa nerviosa. Un músculo es un aparato complejo, y mucho más complejo si es estriado, de lo que puede deducirse que no hay que entusiasmarse con las categorías, creyendo que la del sistema nervioso es superior á la de los demás sistemas.

Quizá sea más provechoso atribuir á la fibra lisa todo lo que asignamos al ganglio y á la neurona ganglionar.

En la *filogenia*, la fibra lisa ó fibro-célula es anterior á todo ganglio y á todo filete nervioso, como el sistema ganglionar es anterior á los vertebrados.

Muchos seres que no tienen cerebro ni medula, con el sistema ganglionar viven; y otros no tienen más que la fibro-célula, que es el primer elemento diferenciado para usos sensitivo-motores.

Con estos datos ya podemos decir que lo esencial es la fibro-célula y fibra lisa, y que por grados se van perfeccionando los animales diferencialmente con el sistema ganglionar y, más tarde, con el músculo estriado y con el cerebro y medula. Antes de aparecer estos últimos órganos, ya hay sentidos tan perfectos quizá como los de los animales superiores, y por eso decíamos en la serie anterior *que los nervios sensoriales eran del simpático, y no de los nervios craneales.*

Colocados en este terreno, si los músculos lisos y estriados son de superior categoría anatomo-fisiológica que los elementos del sistema nervioso, podemos considerar al cerebro, á la medula y al gran simpático como glándulas que elaboran explosivos.

La constitución histológica del cerebro y medula están diciendo que todo ese eje céfalo-raquídeo es una glándula muy diferenciada, donde cada célula tiene su conducto excretor independiente.

En las demás glándulas no ocurre así: en la parótida, por ejemplo, todos los conductos excretores convergen sucesivamente para formar uno (el conducto de Stenon); en la hepática, el conducto colédoco; en la renal, el uréter. Pero en el cerebro y medula cada una de sus neuronas motoras tiene su conducto excretor (nervio), que se prolonga con independencia y guardando su individualidad hasta el músculo á quien ha de excitar para que se contraiga. La misma doctrina podemos aplicar á las neuronas motoras del simpático, y ya no quedaría por averiguar en este asunto más que la naturaleza del explosivo.

Cuanto á las neuronas sensitivas, como su acción es centrípeta, forzosamente hemos de variar de criterio. Los nervios sensitivos no

Digitized by Google

podemos considerarlos como conductos excretores, á no ser qu
memos por glándula á la piel ó á otra cosa más gorda, como s
por ejemplo, todo el cosmos, todo ese conjunto de agentes que
den impresionar á los neuroepitelios.

Lo más fácil será creer provisionalmente que lo que circul
fuera adentro por los nervios sensitivos es una vibración tér
capaz de producir modificaciones tróficas en las neuronas sensi
de los centros, y en este caso podríamos buscar el conducto e
tor de estas neuronas en otras vías ó en otra dirección por dond
mine sus excretas. Cabe también considerar al nervio sensit
neurona sensitiva en doble función, centrípeta y centrífuga, to
dose en el primer concepto al nervio como conducto excretor de
purinas (púrpura retiniana), y en el segundo como transmisor
vibración producida en esa sustancia por las acciones exte
según el criterio sustentado en nuestra tercera serie de
menos.

Sea como quiera, las neuronas sensitivas y las motoras son
polares, bipolares y multipolares; y estos polos, como element
diferenciación celular, deben servir para algo en comandita co
células de neuroglia ó corpúsculos neuróglicos.

Si admitimos la hipótesis de que el cerebro y la medula fo
una glándula muy larga y que los nervios son conductos excre
será conveniente pensar algo sobre el modo como se nutre esa
dula tan larga.

El cerebro y la medula tienen arterias y venas, con lo cua
rece que no hay que discurrir más, pues con los elementos qu
van estos vasos se nutren las demás glándulas. Pero es que
glándula nerviosa es muy especial. En la parótida, el hígado
más trabajan cada uno de sus elementos glandulares al mismo
po, aunque tengan intermitencias en el trabajo; porque en tod
momentos no presentan iguales actividades, y hasta hay que
ner que duermen á ratos, lo mismo durante el reposo que en l
ríodos de mayores actividades. Toda la colonia hace lo mis
mismo tiempo.

Nuestra glándula nerviosa trabaja por secciones, por divis
por regimientos, por compañías. Las neuronas son unidades
cas, como dijimos en la serie anterior. La glándula nerviosa se
pone de muchos millones de estas neuronas, que están en co
formación y en grupos aislados más ó menos numerosos.

La teoría de la flauta, deducida de la observación, nos obl
pensar así: todo el sistema nervioso no está en funciones al m
tiempo, ni aun bailando el tango de la tarántula, porque en est
le, como en todos, los movimientos son alternativos.

Para abreviar: supongamos dividida la medula y cerebro

Digitized by Google

nas regulares de un centímetro de extensión. ¿Cómo nos explicaremos que el centímetro 4 y el 8 y el 12, por ejemplo, funcionen mientras sus vecinas están quietas? Esto es muy sencillo, suponiendo que las zonas están aisladas entre sí. En este caso no hay más que fijarse en la relación que guardan las teclas, los mazos y las cuerdas de un piano, y quedaría explicado el mecanismo propuesto; pero la cuestión es buscar los aisladores.

Esto, por fuera, es muy sencillo de entender: los testículos están muy apartados de los ojos y de los oídos, y, sin ir tan lejos, todos los nervios craneales y raquidianos están aislados por la distancia; y los que van muy juntos y todos, por un forro aislador para evitar las inducciones. Dentro, en los centros, en los espacios interneurales, se han visto los corpúsculos de neuroglia, y es muy lógico que á esta neuroglia se le haya asignado el papel de aislador.

Pero ¿cómo aísla? ¿Es que estas células de neuroglia son de cristal, de porcelana ó de seda, suponiendo que sean corrientes eléctricas las que promueven las neuronas?

Las células de neuroglia están rodeando á las arterias del cerebro y de la medula, abrazando á estos vasos como las garrapatas ó como esas plantas trepadoras que son parásitas de los árboles, chupándoles su savia. Con este dato, y dada la situación que la neuroglia guarda con las arterias y con las neuronas, nos atrevemos á formular la siguiente proposición: ¿será la neuroglia parásito de las arterias, y las neuronas parásitas de la neuroglia? En la diferenciación trófica, ¿será la neuroglia encargada de extraer de la sangre ciertos principios que sufrirán en su protoplasma una delicadísima refinación, indispensable al trabajo trófico-neural? De todas suertes, el descubrimiento de las expansiones protoplasmáticas de las neuronas ha sido muy fecundo en hipótesis, suponiendo que esas expansiones, especie de pseudópodos, se estiran ó se encogen para establecer relaciones interneurales y para aislarse. La neuroglia debe tener preparados los alimentos de tal modo que los pseudópodos neuronales se carguen rápidamente cuando las excitaciones lo exijan, á fin de que la célula nerviosa no pierda tiempo en un trabajo de digestión que sería perjudicial á la rapidez de sus funciones.

Sea como quiera, en los trabajos de nutrición hemos de encontrar todo el secreto de la función nerviosa. Los términos del problema estriban en lo de siempre: en el conocimiento de lo que comen, transforman y excretan la neuroglia y las neuronas. Además, y para mejor conocimiento del asunto, hay que tomar el todo mejor que la parte; y considerando al cerebro y medula como un aparato, repito que hay que tener muy en cuenta la relación que guardan los huesos del cráneo y raquis con las serosas cerebro-espinales, con el líquido céfalo-raquídeo, con los ventrículos y el epéndimo, con la

Digitized by Google

naturaleza del ingreso fundamental de materia y la naturalez su total excreción. Estos términos gordos son de mucho interés las razones tantas veces indicadas en nuestra doctrina.

¡Ah! Las células de neuroglia ¿no podrían ser las neuronas quicas, las del pensamiento, las que funcionan sin músculos, las no tienen conductos excretores?...

Hipnotismo.

Delante de una pared cuelgo una guitarra perfectamente afin en tono alto. Me pongo á fumar frente á ella, y, aunque el tal sea de la clase que sea, á la guitarra no le pasará nada, que yo s Si el tabaco es fuerte y me hace toser intensamente, después acceso de tos, me acerco al instrumento, pongo mi oído sobre la y noto una resonancia. Luego me pongo á cantar, guardo sile rápidamente y noto que la guitarra repite las últimas notas d canción. Cojo otra guitarra templada en el mismo tono que la pared, hago algunos arpegios, pongo bruscamente mi mano s las cuerdas del instrumento que yo tocaba, para ahogar la vi ción; escucho á la de la pared, y ésta repite las últimas nota la otra.

Éstos son fenómenos reflejos *sin hilos*, tanto más intensos y p cuanto mayor sea la relación entre el influyente y el influído.

Para entender bien esto bajo un concepto físico, no hay que recordar la teoría y experimentación de los resonadore desde un punto de vista químico, recordaremos el precioso de del ioduro de nitrógeno, cuya descomposición en la cuerda del trabajo sólo se produce cuando éste da un sonido correspondien ochenta vibraciones.

De todos los seres de la creación, el que más relaciones est turales y funcionales guarda con un hombre es otro hombre, los efectos del *hipnotismo, sugestión, magnetismo animal, in ción*, *sonambulismo*, *telepatía*, etc., etc.

Todos estos nombres son de una categoría de hechos de i naturaleza, cuya sistematización científica desconozco, lo mi que su nomenclatura; pero esto no ha de ser obstáculo para qu exponga mis modestas opiniones sobre algunos de estos fenóme por la aplicación que tienen al criterio médico.

Para comprender con claridad los fenómenos inductivos y consecuencias, vamos á explicar la función genésica.

Verificada la erección, y esto puede ocurrir sólo por la prese del sexo, á distancia y sin contactos, todas las energías biológ se supeditan á los órganos genitales. La vista, el oído, el tacto olfato perciben de una manera particular. Todo deleita, las cari

Digitized by Google

el contacto, la voz, el aliento, etc.; la atracción es cada vez más irresistible; los abrazos, más apretados; la respiración se hace anhelosa; la impaciencia aumenta; los músculos se ponen rígidos, y la conmoción se generaliza.

Cuando el pene se ha introducido en los órganos genitales de la mujer, llega á su máximum de ingurgitamiento, llenando completamente la vagina, que verifica repetidas contracciones espasmódicas y se ingurgita también del modo más conveniente para abrazar estrechamente al pene. El pene se desliza suavemente, gracias á las mucosidades de la vagina, producidas por la secreción de las glándulas de Bartholino. Estas glándulas, análogas por su estructura á las salivares, están colocadas á los lados de la vulva y de la vagina, y se abren por un canal excretor, próximamente á un centímetro por detrás del orificio vulvar. Este líquido es viscoso claro y de un olor vivo, que excita en el hombre deseos vivísimos del amor.

La reacción de estas glándulas vulvo-vaginales aumenta en los instantes de la excitación genésica, y la excreción del líquido segregado aumenta en todos los tejidos que están á la entrada de la vagina.

Cuando el deseo del coito es vivo, la salida del líquido se hace algunas veces por sacudidas y con intermitencias, que coinciden con cada contracción espasmódica del canal excretor. Este líquido está destinado á lubrificar la vagina para favorecer la introducción del pene, haciendo más agradables los rozamientos y más vivas y exquisitas las sensaciones tactiles.

La vagina presenta en su línea media y en las proximidades de la vulva muchos pliegues transversales, que aumentan los contactos voluptuosos. Los grandes y los pequeños labios, muy ricos en vasos y en filetes nerviosos, se ingurgitan grandemente, sin llegar á una erección comparable á la del clítoris, pero sí lo suficiente para abrazar estrechamente al pene en el momento del acto.

Los frotamientos del pene contra las superficies mucosas de la vulva y de la vagina, que se encuentran lubrificadas é ingurgitadas, determinan por acción refleja la contracción de los músculos bulbo-cavernosos é isquio-cavernosos del hombre. La erección del bulbo-cavernoso y del glande llegan á sus mayores límites. El frotamiento del dorso del pene con el clítoris y contra la abertura de la vulva produce en esos momentos una viva sensibilidad por acción refleja y aumenta la contracción del constrictor de la vagina y del isquio-cavernoso, aumentando la turgescencia del aparato genital de la mujer, que roza á su vez sobre el pene.

Cuando se desenvuelve la mayor sensibilidad por los frotamientos reiterados del órgano masculino contra el femenino, se llega á un cierto grado de exaltación y se nota en todo el organismo una

Digitized by Google

sensación indefinida, acompañada de un calor intenso á lo larg
eje cerebro-èspinal, con aceleración del pulso y esfuerzos conv
vos de espiración. La contracción de las vías de excreción de
perma y de todos los músculos del periné produce varias con
ciones enérgicas por acción refleja de la medula espinal, y
lugar la eyaculación.

Cuando la excitación de la mujer ha llegado á su máxi
siente aquélla un orgasmo indefinido, acompañado de contracci
enérgicas de los músculos del periné y de derrames continuo
las glándulas de Bartholino. Esta sensación va también acompa
de contracciones uterinas, de tal modo, que el cuello del úter
abre y se cierra convulsivamente para recibir la semilla del hom

Este bonito coito es, desde el punto de vista social, el conj
fisiológico más conservador de todos los conocidos. Gracias
poder, no ha desaparecido la especie humana, á pesar de los i
tos de aquellas sociedades guerreras de bandoleros, sin más cie
que la del exterminio y sin más leyes que las del reparto del b

Quiero demostrar, con ese espectáculo de la función de *las fl*
que podemos disponer de remedios de mayor eficacia que las f
cordiales y el sulfato de potasa para mover los registros orgá
en el sentido más conveniente á la acción que nos propongamos
puesto el ejemplo anterior, como el más fuerte, más emocion
más aparatoso. El alma médica de la *cuarta caja* es el sexo; y
por su influencia, por la acción inductiva, se ha conmovido to
organismo.

Los dos seres, frente á frente, repetían la dinámica de la
guitarras, pero con mayores intensidades, porque los sexos vi
con mayor energía. La acción inductiva ha promovido la hiper
sia sensorial, actos vasomotores notabilísimos, modificaciones c
latorias intensas y una muy característica acción inhibitoria g
ral, hasta acumular todas las energías en la cuarta caja e
momento de la eyaculación.

De esta doctrina se pueden sacar consecuencias muy útiles
otros hechos fisiológicos. El médico, la personalidad médico, p
ser un medicamento maravilloso para la curación de la mayor
de esas enfermedades llamadas *neuropatías*. Un médico que
hipnotizar, inducir y sugestionar al enfermo, cuenta con unos r
sos excelentes; puede decir que tiene fuerza medicatriz, ó *gr*
como se decía antiguamente.

Este recurso terapéutico necesariamente ha de ser eficaz e
das aquellas alteraciones y anomalías de ritmo funcional; ha d
muy notable para restablecer el equilibrio dinámico entre las
tro cajas; para calmar las hiperestesias, borrar la aflicción, c
lar viudas, despertar energías dormidas y arrancar las preo

Digitized by Google

ciones morbosas; ha de ser de gran eficacia para iniciar el trabajo entre los sistemas fundamentales fisiológicos, para abrir y cerrar esfínteres, modificar las secreciones, etc., etc. Todo esto y mucho más puede hacer el médico, sin más medicamentos que su energía radiante comunicada por inducción. La cuestión es saber diagnosticar con exactitud la mecánica de las neuropatías, para influir científicamente con arreglo á la ley de las compensaciones, á la correlación funcional; y que guarde relación la fuerza inductiva con la intensidad de la reacción que se busca.

Del sonambulismo y del sueño provocado por el hipnotizador puede sacarse mucho partido. Por la teoría de la flauta, dedujimos que cuando se cierra un agujero suenan los otros con mayor intensidad. El sueño, natural ó provocado artificialmente, responde á esta ley. El máximum de energía en muchos órganos debe corresponder al tiempo en que el individuo está dormido. Durante el sueño es cuando la atención está más viva, aunque parezca lo contrario. El influído no se distrae, porque tiene cerradas las ventanas sensoriales; y por eso, en esta situación es cuando el influyente puede grabarle sus ideas con más seguridad. Esto quizá tenga aplicación á la pedagogía, quizá se les enseñe mejor á muchos individuos dormidos que despiertos...

Este recurso terapéutico es de gran porvenir.

Sensibilidad.

Para terminar el estudio de las funciones del sistema nervioso con arreglo á nuestro criterio, diremos algo del fenómeno de la sensibilidad.

Sensibilidad es la aptitud que posee la materia para hacer variar la forma al movimiento que se comunica, con arreglo á su propia composición y caracteres.

Cuando percutimos una campana, suena correspondiendo al tono en que está templada. Si en vez de percutirla la inundamos con ácido sulfúrico, se disuelve, dando nacimiento, después de muchos dinamismos químicos, al sulfato de hierro. Si le aplicamos fuego, va pasando por todos los grados de blandura hasta que se funde, y sometida á mayores temperaturas se volatiliza. Si se hacen hilos de bronce, transmitirán una corriente térmica ó eléctrica, etc., etc. Toda la materia es impresionable y sensible, siempre que entre el influyente y el influído existan relaciones intensivas.

El hierro siente como hierro, el sulfato ferroso como tal cuerpo compuesto, el alcohol con arreglo á su constitución y el animal con arreglo á su complejidad físico-química. En los preliminares de estos apuntes dejamos establecida la analogía entre los fenómenos físico-químicos y los llamados biológicos, y no hay para qué insistir.

Digitized by Google

Todos los biólogos están de acuerdo en admitir esta doctrina, con arreglo á ella proceden en sus experimentaciones.

Todos los tejidos del organismo son impresionables de un otro modo, y por eso son sensibles. Por ser sensibles reaccion Cada tejido reacciona dentro de sus límites fisiológicos por sus p ticulares excitantes, que, como es natural, guardan entre sí relac nes intensivas.

En párrafos anteriores procuramos inquirir cómo cada uno los factores del alma médica actuaba sobre las superficies epitel les externas é internas, ó sea sobre los neuroepitelios, y la dinámi del fenómeno reflejo nadie puede dudarlo.

Las funciones intelectuales son más difíciles de comprend pero obedecen á la misma ley, sin más que tener en cuenta que l instrumentos diferenciales ó sentidos son aparatos analizadores, el cerebro aparato de síntesis.

En la tercera serie de fenómenos propusimos que toda acci sensorial podía reducirse á un fenómeno térmico. Si se admite e y los experimentos no demuestran otra cosa, es sabido que esa ción térmica sensorial se transmite centrípetamente al cerebro; y lógico que al llegar allí las impresiones térmicas elaboradas en sensorios, no se transformen en habas, por ejemplo, sino que con núen siendo térmicas. En este caso, el cerebro sentiría térmicam te con trascendencia trófica.

Muchos admitirán esta primera parte de la hipótesis sin dific tad, pero algunos me saldrán al encuentro pidiéndome algo más timo. A éstos les diré que no sé más. .

El cerebro es un órgano de perfección del intestino. Los ga glios, que ya podemos llamar cerebroides, comienzan en el coll esofágico de los celentéreos; y sucesivamente van perfeccionánd desde éstos, ascendiendo por los equinodermos, gusanos, artrópod y moluscos, hasta los vertebrados y el hombre.

Este, en virtud de su complejidad cerebral, es el que más a gurada tiene la nutrición; por eso el hombre es en la actualidad especie preponderante, y en la tierra va girando todo con arreglo la doctrina del *antropocentro*, que quizá no sea cierta en la tota dad del universo, pero sí en este planeta.

Octava serie de fenómenos.

I

ÚLTIMA SÍNTESIS

Si yo fuese maquinista y alguien que tuviera algunos cono mientos de fisiología me preguntara cómo funciona la máquina vapor, le haría el siguiente paralelo:

Digitized by Google

La máquina de vapor (y para fijar más, la locomotora) se compone de un hogar ó caja de fuego, de una caldera con agua, de una caja de humos, de un recipiente para el vapor formado, de una caja de distribución, de un émbolo en combinación con la biela y manivela; estos últimos actúan sobre las ruedas, y sobre las ruedas la carga.

Las energías se transforman aquí de la manera siguiente: en el hogar arde el carbón; el carbón encendido calienta el agua; ésta cambia de estado convirtiéndose en vapor, que es recibido por los reguladores para conducirlo al tubo de admisión; de aquí pasa á la caja de distribución y empuja al émbolo, el cual desvía á la biela y manivela, que á su vez arrastran á las ruedas motrices, y éstas vencen las resistencias de la carga.

Muy parecida es la mecánica de la máquina viva: en el estómago se ponen los combustibles, que son los alimentos, los cuales cambian de estado convirtiéndose en líquidos, que pasan á través del intestino (absorción) por los tubos reguladores. De estos tubos van los líquidos al tubo de admisión (porta), y entran en la caja de distribución (hígado); de la caja de distribución pasan al corazón empujando al émbolo (ventrículos); y el émbolo, reaccionando sobre la sangre, arrastra la biela y manivela (músculos), y éstas, á su vez, mueven á las ruedas (huesos) y arrastran la carga.

La locomotora deja escorias, que son cenizas, en la caja de fuego; humos, en la caja de humos; y agua, procedente del vapor condensado; lo mismo que la máquina viva, puesto que el tubo digestivo tiene escorias, que son residuos alimenticios, y el humo y el vapor de agua se eliminan por los pulmones, por la piel y por la orina.

La máquina de fuego necesita oxígeno para funcionar, porque sin oxígeno no arde el carbón, y la máquina viva tampoco puede vivir sin oxígeno, por las mismas razones; y ni una ni otra pueden vivir sin eliminar las escorias.

Tiene la locomotora un regulador de fuerza centrífuga y válvulas de seguridad para que no estallen las calderas, y la máquina viva también tiene el regulador de fuerza centrífuga (piel, corazón, riñón), y sus válvulas de seguridad (vómito, estornudo, tos, expectoración). En fin, tiene la locomotora un furgón donde lleva provisiones, reponiendo el agua que gasta por el tubo de alimentación; y la máquina viva también tiene almacenes de repuesto para casos de hambre, y toma los combustibles (autofagia) por los tubos de alimentación (linfáticos).

La máquina viva es mucho más compleja que la locomotora. Hay que admitir en ella, por lo menos, seis sistemas fisiológicos fundamentales, llamados *térmico*, *browniano*, *hidráulico*, *pneumático*, *explosivo* y *radiante*, cuyas funciones coordinadas hemos conocido hablando de los reflejos medulares y simpáticos.

Digitized by Google

Podemos considerar también á la máquina viva como vegeta perior, con sus *raíces*, *hojas*, *flores*, *frutos* y *semillas;* y su cir ción, *ascendente* y *descendente* como la de la savia.

También hemos considerado la dinámica circulatoria en cu direcciones: *primera y segunda circulación convergente,* y *pr ra y segunda excéntrica.*

Todos estos factores están combinados, y á pesar de tan ext dinaria complejidad la función total puede representarse por el bajo de cuatro grandes células ó cajas: *cefálica*, *torácica*, *abd nal* y *genésica*, metidas dentro de una cubierta común *muscul cutánea*, relacionadas por los nervios con los centros nerviosos céntrica y excéntricamente. Estas células ó cajas funcionan d modo *continuo*, *intermitente* y *periódico*, y por la *teoría de la f* hemos visto la tesis de la intermitencia funcional, advirtiendo al dormirse unos órganos despiertan otros, etc., etc.

Hacemos este ligero recordatorio para que sirva de preámb la cuestión siguiente.

Piltrafología.

Hay que hacer embriología. Este es el camino recto y s para hacer anatomía, que es en lo que estamos muy atrasados, que se crea lo contrario.

Los actuales anatómicos somos simplemente unos tripical El disector actual lo primero que hace es arrancar la piel d región y raer con la cuchilla la grasaza y las piltrafas para qu taque bien el músculo que se trata de disecar. En esta grasaza estas piltrafas hay mucho que descubrir, porque la piel está con todo lo que tiene debajo, y el conocimiento de estas conex ha de tener una importancia grande en fisiología. El disector rra un músculo, mete por debajo la cola del escalpelo, y lo va a cando brutalmente de sus congéneres rompiendo toda tra unión, que también es continua, con otros órganos. Así, forzar destruyendo todas esas piltrafas de tejido conjuntivo se lle punto de inserción del músculo con el hueso, se da un corte tendón, y se presenta un músculo bien delineado, el biceps, por plo, como quien presenta una rata; y así al tendón que se con el hueso que lo parta un rayo, pues por lo visto no tiene i tancia el conocimiento de las relaciones estructurales, nutriti funcionales que tiene el tendón con el hueso.

Si el disector quiere presentar huesos, allí es donde ha verle con el raspador quitando toda la piltrafería blanda, te sa y ligamentosa, para presentar perfectamente bruñida una nencia ó una apófisis. Si se trata de un nervio, se hace cisco t que le rodea, destruyendo por todos los procedimientos toda

Digitized by Google

trafería que surge en su trayecto; y lo mismo se hace con las arterias, venas y linfáticos.

De esta manera nos demuestra el disector que el organismo se compone de tantas piezas sólidas, que se llaman huesos; de tantas ratas, que se llaman músculos; de tantos tubos rojos, azules y blancos; de tantos nervios y de mucha grasaza y piltrafería que embota el escalpelo y sirve de obstáculo para que los huesos y las ratas y los tubos salgan limpios; pero nos quedamos sin saber las relaciones que los huesos tienen con los ligamentos, con los tendones, con los músculos, con los tubos hidráulicos y con los nervios. Siendo todos los tejidos y órganos continuos, precisamente ésa piltrafería que se rasca es la que hay que estudiar.

El estudio de las serosas se hace de igual modo: se arrancan del punto en que ofrecen mayor resistencia, y se dice: he aquí unas membranas aisladoras, bayeta vil; y las porciones ligamentosas que rodean á las vísceras y las mantienen unidas, pura cordelería y piltrafería.

Esto es lo mismo que si para estudiar un tren destruyéramos los vagones para sacar limpios los ejes, destruyésemos las ruedas para sacar limpios los radios, y echásemos la sierra en los hervideros para sacar tubos. En estos casos no habríamos hecho más que una destrucción incongruente. Habríamos olvidado lo fundamental, que era el conocimiento de las relaciones que tiene el maquinista con el fogón, y éste con la caldera y los hervideros, y ésta con la caja de vapores, y esta caja con la de distribución, y el vapor con los émbolos, y éstos con la biela y manivela, que á su vez actúan sobre las ruedas y éstas sobre los ejes, estableciendo la relación de éstos con los vagones entre sí, con las cadenas y con los topes, y todo el tren con los rieles y con la tierra por la gravedad.

Todos estos *puntos de intersección, que son donde la materia y la energía cambian de forma*, son en la máquina viva las piltrafas; de modo que el estudio de las piltrafas es lo más interesante.

Todo está unido con todo. En los vertebrados los huesos representan la tierra; los ligamentos, las cápsulas sinoviales y los tendones son vegetaciones de los huesos, en los cuales tienen sus raíces; los músculos son continuación de los tendones; las glándulas, continuación de los epitelios; los vasos y los nervios forman parte de todos estos órganos. Todo es de una pieza, todo procede del *tipo huevo* por una diferenciación sin discontinuidad. Hay que estudiar mucha embriología, siguiendo en sus evoluciones al huevo, que debe simbolizar la Medicina; porque el huevo es la doctrina unitaria y es la representación más gráfica y legítima de la vida. Esa serpiente, que es una alimaña y que hoy representa los estudios médicos, debe ser sustituída por el huevo.

Digitized by Google

Falta un procedimiento para estudiar *anatomía integral*, tomía constructora, en vez de la actual, que es destructora. Yo he ingeniado una embriología artificial con unos trapos, con los les saco algunos órganos y muchos seres, como se sacan las pa tas de papel y los conejitos que hacen los niños con los pañuelos

Véamos cómo se practica esta *cocotología* de nuevo cuño, perdón del sabio rector de Salamanca.

Bocetos embriológicos.

1.° Para la confección de estos bocetos se necesita una tela e cial, muy fina, blanca y sin goma.

El boceto del embrión, que es el que presento, lo confecciono tres hojas de tela circulares de veinte centímetros de diámetro; bre cada una de estas tres hojas, que así podemos llamarlas d ahora, trazo círculos concéntricos y radios con tinta azul y Cada círculo y cada radio lleva estas dos tintas formando líneas ralelas muy juntas, para simular el sistema arterial y el ven Cada radio y cada círculo van numerados para ver dónde caen pués de los dobleces, y á qué zona corresponde el origen despué los dobleces, abullonamientos é invaginaciones que con estos tr realizo.

Coloco las tres hojas superpuestas y las uno por su centro, un punto cosido. Este cosido indica el punto de comunicación n tiva y recíproca de las tres membranas, ó de lo que yo llamo y tres hojas blastodérmicas. Y colocando todo así, comienzo á pract la diferenciación de esta manera.

Arrollemos la hoja externa desde la circunferencia al centro modo que resulten dos cordones. Doblemos estos cordones en el tido de su eje mayor y por el centro, de tal modo que se corres dan superponiéndose unos sobre otros, resultando cuatro. Ya t mos el primer rudimento del embrión y formada la cuerda do que será origen de la medula y el cerebro.

2.° Invaginemos la hoja media de tal modo que forme el con to medular y raquidiano, y unamos este canal por la parte sup para cerrarlo. Con esto queda constituída la columna vertebr sean las crestas vertebrales y todo el raquis.

3.° Doblemos por el centro la hoja media en dos partes igu que se toquen por su circunferencia. Invaginemos luego esta por sus partes laterales, y así resultará formada la piel, la muscular, la que ha de dar origen á las costillas, todo el raqui en la parte interna la hoja serosa, sobre la cual han de soldarse t las más externas.

Con esto tenemos constituído el embrión, y ya desde aquí ser

Digitized by Google

cil comprender el desarrollo de los tejidos, órganos y aparatos hasta formar el feto.

Este embrión de tela es el plan general que puede orientar á los especialistas.

Como bocetos parciales puedo presentar á ustedes, con la timidez consiguiente, y contando con la mucha benevolencia que necesito, el plan del cerebro.

Como es muy difícil que me haga entender escribiendo, por lo intrincada que resulta la descripción del entrecruzamiento de los cordones medulares, el cuerpo calloso, los ventrículos, etc., etc., he preferido enviar el boceto al Instituto Rubio, donde está la redacción de esta REVISTA, para que allí pueda verlo quien lo desee (1).

Yo no sé si sufriré alguna obsesión en este punto; pero el campo que estos bocetos puede ofrecer es tan grande, que no me atrevo á entrar en él por ahora por no perderme.

Claro está que para proceder con método á la confección de estos bocetos hay que comenzar por las especies más sencillas, complicándolas gradualmente.

Instrumentos de investigación.

Para terminar estos apuntes, consignaremos un par de fórmulas que pueden servir como instrumentos de investigación. Aquí, como en todo lo demás, no haremos más que esbozar la cuestión, marcando un rumbo que, si es útil, lo seguirá quien sepa y pueda para encontrar el fruto deseado.

Veamos las fórmulas:

Triada fisiológica.—Los autores han tenido siempre tendencia á dividir los estudios biológicos en tres partes.

Tres son los imperios de la Naturaleza: mineral, vegetal y animal.

Tres son las hojas blastodérmicas del hombre: externa, media é interna.

Tres son las capas del tubo digestivo: mucosa, muscular y serosa.

Tres son las clases de vasos del sistema circulatorio; arterias, venas y linfáticos.

Un múltiplo de tres es lo que dura el embarazo de la mujer.

De tres partes consta el semiaparato genital del macho: filamento, ovitera y polen; y el de la hembra, de otros tres: estilo, estigma y ovario.

(1) En efecto: el Prof. Martínez Baselga me remitió sus ingeniosos modelos en tela, hace tres ó cuatro años. Tan guardados los tengo, entre un heterogéneo montón de cosas, que me sería dificilísimo encontrarlos pronto á mano para ponerlos á disposición de los curiosos.—DR. L. M.

Digitized by Google

De tres células consta el huevo: célula de la clara, de la y y germinativa.

En tres partes se ha dividido el esqueleto para su estudio: c za, tronco y miembros.

Las grandes funciones se han dividido en tres: de nutrición reproducción y de relación.

La nutrición se ha dicho que consiste en tres actos fundame les: ingreso de materia, transformación de ella y eliminación d corias.

El mecanismo de las sensaciones se ha dividido en tres a impresión, conmutación y reacción.

Para estudiar la célula, se ha dividido en tres partes: membr de cubierta, protoplasma y núcleo.

En tres formas principales se han clasificado los microbios cos, bacilos y espirilos.

El intestino delgado se ha dividido en tres partes: duodeno, yuno é íleon; y el grueso, en otras tres: ciego, colon y recto.

El cerebro se ha dividido para su estudio en cerebro, cerebe medula oblongada.

Dentro de tres factores están comprendidos todos los seres creación: tiempo, materia y espacio.

Tres son los elementos mecánicos de la fuerza: potencia, p de apoyo y resistencia.

Tres son las operaciones que ha hecho el hombre para const las ciencias: análisis mental, análisis real y síntesis integral.

En todos los idiomas que yo conozco he leído esta frase: *tercera va la vencida.*

Tetrada.—Cuatro son las grandes células funcionales del bre: cefálica, torácica, abdominal y genésica.

En cuatro partes puede dividirse la circulación general: pr ra y segunda convergentes y primera y segunda excéntricas.

Cuatro son las aberturas fundamentales que ponen al homb relación con el cosmos: boca, nariz, uretra y ano.

Cuatro son las ventanas de la caja cefálica: dos ojos y oídos.

Múltiplo de cuatro son los doce pares de nervios craneales.

Cuatro son los cordones medulares.

Cuatro los pedúnculos cerebrales.

Cuatro son las cavas.

Cuatro los departamentos del corazón.

Cuatro, ó múltiplos de cuatro, son las venas pulmonares.

Cuatro son las aberturas del hígado: porta, arteria, linfáti colédoco; y múltiplo de cuatro son las venas que van á form cava.

Digitized by Google

Múltiplos de cuatro son los dientes, divididos en cuatro caninos, ocho incisivos y veinte molares.

Cuatro son en química los organógenos: oxígeno, hidrógeno, nitrógeno y carbono.

Cuatro son las extremidades de los animales superiores; múltiplos de cuatro son los veinte dedos (pentadactilia).

Simetría bilateral tienen los animales superiores, y son una unidad. Después de la fecundación la célula se va dividiendo así: dos, cuatro, ocho, etc., hasta la mórula; que, á su vez, por invaginaciones sucesivas, va siguiendo ese plan.

Estas cuatro ideas que dejo apuntadas, sin esforzarme á buscar más datos, ni siquiera en clasificarlas, pueden tener aplicación en las investigaciones anatómicas y fisiológicas de las diferentes especies. Mucha huella dejó Pitágoras en la mente humana; el número rige al cosmos.

EPÍLOGO

La ciencia veterinaria se encuentra emplazada estratégicamente entre dos Facultades: la de *Ciencias* y la de *Medicina*. A la primera vamos á buscar todos los elementos necesarios para el fomento y mejora de nuestras especies domésticas; y á la segunda vamos á inquirir las necesidades del hombre, para dirigir todos nuestros estudios en su provecho.

Acostumbrado á esta faena, me he permitido hacer estos apuntes para trasegar un poco de Medicina á la Facultad de Ciencias, y viceversa, en la creencia de que este doble trasiego ha de ser útil.

Pongo punto por ahora á estos trabajos, expresando mi más intensa gratitud hacia la Redacción de la monumental Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, por la espléndida hospitalidad que le debo, iniciada por su inolvidable Fundador, el genial y bondadoso D. Federico Rubio.

EL DIAGNÓSTICO INTEGRAL CLÍNICO DEBE PREDOMINAR SOBRE EL TOPOGRÁFICO EN CLÍNICA MÉDICA

Por el Dr. D. Antonio Mut

Del Instituto Rubio.

La unidad individual, el que cada sér es uno é indivisible, porque no es medio ni es dos, pertenece á la clase de ideas llamadas de sentido común, innatas en la conciencia y con el apoyo indestructible de la ciencia experimental.

En la vida anormal ó enfermedad, en las desviaciones de la curva

Digitized by Google

fisiológica, la cuestión sigue siendo la misma: todo individuo enf
lo es *in toto*, porque no es posible comprender una alteración d
minada en un órgano sin que todos los demás se afecten más ó m
secundariamente. Así es que toda la vida, desde la más remota
güedad, ha predominado en Medicina el diagnóstico integra
total enfermo, sobre el diagnóstico topográfico, que en época r
vamente moderna ha nacido, y con tales bríos, que, á lo que pa
pretende nada menos que suplantar á aquél, relegándole al ol
Ahora todo es cuestión de *sitio*, no de *naturaleza;* lo *local* es l
portante.

Tamaña aseveración de los grandes clínicos franceses y al
nes ha producido ya enormes perjuicios, y está en camino de oc
narlos más trascendentales si los pocos que quedamos partid
del diagnóstico clínico del total enfermo, de las medicaciones g
rales y del estudio de las *enfermedades de los enfermos*, no pr
tamos enérgicamente contra aquella invasión organicista, poni
enfrente de tales escuelas las doctrinas españolas brillanten
sostenidas por Vilches, Martín de Pedro, Santero, Creus, Per
Merino y otros notabilísimos clínicos compatriotas nuestros.

No es infrecuente que, al citar estos nombres como honra y
de la Medicina española, aparezca en el semblante de algunos
nes médicos cierta sonrisa malévola, despectiva, indicadora del
ó ningún aprecio que les merecen dichos maestros; lo cual es, si
frase más fuerte no tiene cabida, una tremenda injusticia. ¿Por
ha de negárseles á dichos maestros su indiscutible mérito? ¿Po
desconocían los modernos procedimientos de análisis de produ
morbosos, los descubrimientos histológicos é histo-químicos, la
teriología actual? Es decir, ¿porque vivieron unas cuantas doc
de años antes que nosotros? Pero, en cambio, ahí están sus in
movibles cuadros clínicos, verdad entonces, ahora y siempre.
drán haber variado los nombres de las enfermedades, y hab
descubierto nueva y fecunda etiología, pero la sintomatología
misma; y en cuanto á esto, en cuanto á estudiar y observar lo
da de sí un enfermo, no es mucho lo que los clínicos citados tend
que aprender de extraños. No se llamarán ya fiebres efímera, c
rral, gástrica, gástrica-biliosa, etc., sino que se dirán infeccion
Eberth, á estreptococos, etc.; pero ¿qué duda cabe que aquellos r
bilísimos médicos vieron y analizaron perfectamente la nosologí
dichas afecciones como hoy mejor no puede hacerse? El que h
tenido la fortuna de ver examinar un enfermo al gran D. Este
Sánchez Ocaña, de escuchar sus incomparables lecciones clini
podrá comprender con cuánta razón me escudo con hombres
tanta valía y continúo y defiendo sus doctrinas del *consensus u*
conspiratio una.

Digitized by Google

La horrible pereza, el horror á escribir que domina á todos en este país, hace, sin embargo, que no podamos presentar un tratado de Medicina Española donde se condense y se detalle el modo y manera como aquí entendemos y practicamos la clínica médica; pues, á excepción de los anticuados Santero, Sánchez Merino, algunas lecciones sueltas y un hermoso y viril empeño del Dr. Sánchez Herrero, mal acogido aquí (como que es español), pero que tiene mucho que aprender, no tenemos otra cosa que traducciones y arreglos. Y es una verdadera lástima, porque ¿quién duda que ahora mismo no podrían acometer tal empresa, con la esperanza de salir victoriosos, D. Simón Hergueta ó D. Juan Manuel Mariani, por ejemplo? Dos clínicos que llevan treinta y tantos años viendo diariamente más de un centenar de enfermos y que reúnen á una experiencia bien aprovechada envidiables dotes intelectuales; es decir, mucho más de lo que necesitan en Francia para escribir enormes Tratados de Medicina y Cirugía. Pues estos dos hombres pagarán tributo á la parca, y no nos dejarán más que algún trabajo suelto ó algún artículo periodístico, obtenido tal vez á viva fuerza.

La tendencia organicista, el anatomismo localizador, el lema «la cuestión de sitio es el hecho primordial», decía hace un momento que ha producido graves perjuicios; y es uno de ellos el pretender hacer desaparecer las enfermedades generales ó *totius substantiae*, esos grandes procesos que hieren al individuo de arriba abajo y de delante atrás.

Es curioso ver la manera como tienen los autores extranjeros de estudiar la tuberculosis y la sífilis, por ejemplo. Doce capítulos para la tuberculosis. Diez y seis para la sífilis. Tuberculosis del pulmón, laríngea, faríngea, entérica, mesentérica, del aparato urinario, miliar, meníngea, de la pleura, del pericardio, del peritoneo, cutánea. Sífilis de la nariz, laríngea, etc., etc. A todo esto, nos quedamos sin saber lo que es tuberculosis ni lo que es sífilis, porque no nos dan á conocer ni la marcha ó evolución del proceso, ni qué circunstancias abonan el terreno, ni qué órganos son los más predispuestos, ni sabe uno á qué atenerse respecto al pronóstico de la total enfermedad, ya que la tuberculosis cutánea es leve, la laríngea es grave, la pulmonar tiene tendencia crónica, la mesentérica puede curar, la... la confusión de las confusiones. Además, ¿quién les ha dicho á estos autores que sólo los órganos que citan y estudian pueden ser tuberculosos ó sifilíticos? Pues qué, ¿no hay tuberculosis del páncreas, y de la coroides, y del oído, y de todas las partes constituyentes del sér humano? Y es que cuando un individuo es tuberculoso, ó sifilítico, ó reumático, podemos decir, imitando á Sydenham: «todo el cuerpo» es tuberculoso, sifilítico y reumático. ¿Qué localización pueden tener la diabetes y la obesidad, el reumatismo y la gota, el ra-

Digitized by Google

quitismo y el alcoholismo, las enfermedades originadas por tra
nos nutritivos? Aun en las enfermedades localizadas la cuesti
sitio no es el todo, ni mucho menos; pues como dice muy bien el
tor Sánchez Herrero: «¿Qué analogías tienen por razón de si
angina catarral y la diftérica?» ¿Tienen la misma causa? ¿T
las mismas lesiones? ¿Tienen los mismos síntomas? ¿Tienen pr
tico parecido? ¿Tienen el mismo tratamiento? ¿Qué son anginas
es la verdad. Como que la angina de *naturaleza* reumática c
los sudoríficos y preparados salicílicos, la diftérica al suero l
la estreptocócica al suero antiestreptocócico (cuando se reúnen
tas condiciones que saben ya los bacteriologistas), la herpética
preparados de azufre y arsenicales, la sifilítica á los de mer
etcétera, etc. Sigo sin querer salirme de este terreno para ref
más el asunto. Considero que es fácil salir del paso, diciendo:
enfermo tiene una amigdalitis». Pero ¿cómo se apellida?, pre
yo. ¿Recae en un individuo de constitución fuerte? ¿Lo hace en
miserable? ¿Qué causa es la sospechada? ¿Cuál es la *naturalez*
sujeto? ¿Padece alguna tara hereditaria ó adquirida? ¿Qué in
cia podemos temer que ejerza sobre la marcha y terminació
mal local la totalidad del enfermo? ¿Sobre qué terreno recae l
fermedad?

Así entiendo yo la clínica: así me enseñaron á mí, y así he a
dido lo poco que sé.

Las enfermedades del corazón han sido siempre para los or
cistas su principal baluarte de defensa. «Aquí todo es mecán
dicen;—todo se reduce á ciertos mecanismos de bomba y sist
de conductos. Tan sólo aquel que posea á fondo los métodos de
men físico se sentirá seguro en este terreno, en el cual no p
cualquier falta ser compensada por la experiencia clínica». .
mann Eichhorst.) Muy bien; ya tenemos á un individuo *vivo* co
tido en una bomba aspirante-impelente con sus correspondient
bos aferentes y eferentes; y sólo aquel que sepa percutir y au
tar y manejar el esfigmógrafo, sacar radiografías, practicar la
roscopia, y conozca el esfigmometrógrafo, los esfigmómetros
figmomanómetros, «podrá estar tranquilo delante de un enfe
Sí, sí; buena tranquilidad les dé Dios. El que sólo á esto se at
después de haber hecho uso de todos estos procederes explorat
podrá, si sabe discernir, llegar á averiguar qué lesión padece
razón de un enfermo, pero también será posible que no lleg
diagnosticar toda la enfermedad de aquel enfermo. ¿Qué tran
dad cabe cuando los medios físicos nos descubren una lesión
mísima y, por consiguiente, ya incurable, en el corazón de un
to? Por ventura, ¿no se es cardíaco hasta que se produce en u
ficio un remolino de sangre perceptible al oído, ó hasta que el

Digitized by Google

mógrafo da una línea anormal? ¿No se puede ser tuberculoso hasta que la auscultación nos demuestra la presencia de estrecheces y ronquidos, y la percusión nos evidencia cambios de la tonalidad pulmonar? Ciertamente que no. La clínica enseña que hay cardíacos con soplos valvulares y sin ellos; como hay tísicos con bacilos ó sin ellos ó, por lo menos, sin que el análisis microscópico los demuestre. Y que un sujeto que frisa en los cuarenta ó más años, con antecedentes de *corazón moral*, de herencia artrítica; que presenta su facies abotagada, surcada de líneas azules; con historia de algunos dolores reumáticos, aunque sean ligeros, y que se fatiga al menor esfuerzo, ese enfermo es un cardíaco, aun cuando los métodos de exploración física nada indiquen, y, por consiguiente, debe someterse á tratamiento antes que el estetoscopio ó el esfigmógrafo nos delaten una lesión ya irreparable.

No es que yo desprecie, ni mucho menos, la exploración física de los órganos ni la moderna instrumentología, que cuenta con verdaderas maravillas de mecánica y de arte, no. No es que yo desdeñe—es imposible—el laboratorio en todos sus aspectos. Al contrario, creo firmemente que sin estos auxiliares no es posible marchar con pie seguro al lado de la cabecera de los enfermos. Lo que estimo es que hace falta todo esto y, además, la clínica; integrar cada uno de aquellos conocimientos parciales á la verdad total, que es el individuo enfermo; es decir, que el diagnóstico clínico debe empezar sobre el diagnóstico topográfico ó de lesión en Medicina interna.

Pongamos un ejemplo: supongamos un enfermo afecto de hiperquinesis cardíaca y no veamos más que el órgano enfermo, el corazón. Ya podemos emplear toda clase de tónicos, sedantes, excitantes cardíacos, lo que sea; que como el enfermo cuente en su haber una tara reumática ó gotosa, herpética ó sifilítica, ó sea un dispépsico, un dilatado de estómago; abuse del café, del alcohol, del tabaco; no elimine los productos orgánicos de desasimilación, padezca algún trastorno nervioso ó hemático, etc., etc.; es decir, mientras no estudiemos al total sujeto y dispongamos tratamiento general para su enfermedad, no se curará aquél, y el diagnóstico y tratamiento localizados al *sitio* enfermo (*más enfermo*, diría yo) resultarán absolutamente superfluos, si no contraproducentes.

Recórrase la *patología médica* del pulmón, y dígaseme qué localización puede tener este órgano que no esté supeditada á la manera de ser especial de cada enfermo totalmente considerado. Diagnosticada una pneumonía, el juicio pronóstico y las indicaciones terapéuticas ¿sobre qué bases se fundan? ¿Es acaso el estado local del pulmón, ó son las energías del enfermo, sus defensas, la integridad de sus vías de eliminación, la reacción de sus centros bulbo-medulares? ¿No es la pneumonía una infección general pneumocócica?

Digitized by Google

¿En qué *sitio* reside la fagocitosis? ¿No tiene más importancia saber si la pulmonía se presenta en un niño ó en un anciano, en un alcohólico, en un degenerado, que averiguar qué lóbulo pulmonar es el afectado? ¿No hay pulmonías de gran extensión local que se curan cuando el individuo cuenta con fuerzas suficientes para resistir la infección (que, claro está, no sólo es pulmonar, sino cardíaca, cerebral, de la sangre)? ¿Y no hay otras de signos físicos apenas interesantes que llevan con inusitada rapidez á un fin desastroso cuando el sujeto es un diabético, un asténico de cualquier género, un castigado por padecimientos anteriores? ¿Cómo se diagnostica una pulmonía? ¿Por sólo los signos que suministra el órgano enfermo? ¿No hay macidez, y broncofonía, y soplo tubario, y estertores crepitantes en otras alteraciones pulmonares que no son pneumonías? ¿Qué terapéutica local de positivos resultados conocemos contra la inflamación aguda del pulmón?

Podríamos ir pasando revista á la inmensa mayoría de las llamadas «enfermedades del estómago, corazón, hígado», etc., y siempre vendríamos á parar, analizando bien los hechos, en que lo que padece siempre, lo que debe informar en primer lugar nuestro criterio, es el conjunto del organismo, la unidad orgánica. Que no es posible estudiar al individuo fragmentado en casi tantas partes como órganos, considerando que puede estar gravemente enfermo el corazón, por ejemplo, mientras que las demás vísceras ejecuten sus funciones libremente. Y que, en resumen, no existen *enfermedades localizadas*, sino enfermos que padecen *preferentemente* de tal ó cuál órgano, de tal ó cuál sistema de tejidos, advirtiendo que me refiero siempre á la Medicina interna.

Por no comprender así la Medicina ha descendido ésta del solio donde siempre ha estado colocada, desde el célebre *Papyrus Ebers* y desde el *Susrutas Ayúrvedas*, en brazos del más desenfrenado materialismo, del más peligroso anatomismo localizador, base ó fundamento del criterio actual en Patología médica.

Así anda ello. Por eso está á punto de desaparecer la clínica médica verdad; por eso hay médicos dedicados *exclusivamente*, según ellos mismos dicen, á las enfermedades del corazón ó del estómago (olvidando, sin duda, aquellas frases de Dujardin que dicen: Muchas veces el enfermo que entró *gástrico* en vuestro gabinete, sale *cardíaco*, y viceversa); por eso se les oye decir á estos mismos organicistas, después de examinar un enfermo: «Nada, no hay *lesión*, esté usted tranquilo»; y el enfermo se muere al cabo de más ó menos tiempo sin lesión (sin lesión apreciable á nuestros medios de investigación, se entiende), de puro *aprensivo*, seguramente; por eso delegan dichos señores en el Laboratorio el diagnóstico de la tisis pulmonar, de este modo: ¿Hay bacilos de Koch en los esputos?

Digitized by Google

Es un tuberculoso. ¿No hay bacilos de Koch en los esputos? No es un tuberculoso. Pues bien: esto no es clínica, ni lo ha sido, ni lo será jamás.

Lo peor del caso es que ya no es el médico general el que llama en su auxilio á un compañero más versado, más hábil ó más inteligente en tal ó cuál medio de exploración ó tratamiento, sino que es el mismo enfermo el que va en busca del especialista que mejor le cuadra á lo que él desea ó pretende, y hoy aquí, mañana allí, de especialista en especialista, pierde algunas veces el tiempo, el dinero, y no recobra la salud; porque mientras su enfermedad no sea atacada en su fondo constitucional, nada se adelanta apuntalando este ó aquel órgano.

He mencionado hace un momento la palabra «médico general», y á punto estoy de arrepentirme, no se me vaya á tomar por ridículo y anticuado. Apenas existe ya el médico que se denominaba de familia; el médico que conocía la constitución orgánica y funcional de un grupo de parientes; que sabía á fondo los antecedentes hereditarios de los padres; que al encargarse de la dirección facultativa de un recién nacido ya presumía, con muchas visos de certeza, el *substratum* anatomo-fisiológico del nuevo sér, la resistencia que podía oponer á la acción del cosmos dirigiendo aquella naturaleza por el mejor camino posible desde los albores de la existencia. No, ya no se *estilan* esa clase de médicos. Ahora, si el niño padece una oftalmía de fondo escrofuloso que se cura con reposo del órgano y aceite de hígado de bacalao, se llama á un oculista; si presenta un eczema, se avisa al dermatólogo; si padece anginas, al faringólogo; y además se le cría con leche de vacas, así tenga la madre sana y abundante leche en sus pechos.

¿Qué esperar de todo este embrollo? Una juventud enteca, raquítica; un terreno abonado á toda clase de infecciones; una enorme mortalidad en todas las edades; unos hombres que no pasan de los cuarenta años sin bicarbonato y sin escupidera, sin el específico en la mesa de noche y sín el agua mineral á todo pasto; y una vejez anticipada, agónica, llena de sufrimientos.

Ahora se llega al extremo de reunirse seis, ocho ó diez especialistas y fundar una Policlínica, en la que la *especialidad* de Medicina general no aparece por ninguna parte; las hijas pródigas olvidaron á la Madre, y ésta, escarnecida, pasó á la Historia. Centros médicos hay donde se pueden leer en sendos rótulos todas las especialidades habidas y por haber, menos una que diga: «Medicina».

¿Y á qué especialista acuden? ¿Dónde se tratan el reumatismo, la pelagra, la gota, el raquitismo, la anemia, la tuberculosis, la diabetes, la obesidad, el alcoholismo, todo el grupo de las fiebres con

Digitized by Google

exantema y sin él, las enfermedades originadas por trastorno cambio de materiales del organismo, el escrofulismo? ¿Dónde s tan los enfermos generales? ¿Dónde se guarda todavía incólu concepto de la unidad del sér humano?

DOLORES GÁSTRICOS

PRIMERA PARTE

DIAGNÓSTICO ESPECIAL Y DIFERENCIAL

POR EL DR. D. R. L. Y YAGÜE

Profesor auxiliar del Dispensario de enfermedades del aparato digestivo en el I Rubio; Jefe del mismo en la Policlínica Cervera.

(Conclusión.)

ÚLCERA SIMPLE

La úlcera simple del estómago, llamada también redonda tica, es de las afecciones gástricas en que el dolor adquiere relieve é intensidad.

La caracterizan comúnmente tres signos cardinales: dolo trico, vómitos y hematemesis; conjunto que se ha denominado sintomática.

Pocas veces, sin embargo, la ofrece completa: el dolor es constante y el que menos veces falta; siguen en frecuencia mitos, y la hematemesis es la más rara, pues no pocas veces puede comprobar; no siendo excepcional que falten todos, relativamente comunes las formas silenciosas llamadas latent

Jamás adquieren todos estos signos en la sintomatología ul la misma intensidad y relieve; lo general es que, por el con uno la tenga mayor y como desproporcionada. En la constanc que así sucede, ha basado en parte Lebert su clasificación úlceras, pues teniendo, además, en cuenta su aspecto particul aparición de complicaciones, las dividió en: formas hemorr gastrálgica, perforante, vomitiva, dispépsica y caquéctica; realidad clínica, que vienen desde entonces siendo admitidas mayor parte de los autores. No es posible, sin embargo, hace por ser excepcional y casi imposible que un mismo síntoma mine durante todos los momentos de la dolencia, y lo genera rriente que varíe con frecuencia su intensidad absoluta y r con los demás durante el curso de la afección, pasando de p derante á secundario, y viceversa; de lo que nacería inevitab te el error, de considerar á un mismo sujeto afecto sucesivame tantas formas de úlcera, como hubiera preponderancias sinton ó complicaciones.

Digitized by Google

El dolor es síntoma tan constante de la úlcera, que, según el gran Brinton, de autoridad clínica casi indiscutible en la materia, y cuya magistral descripción se leerá siempre con provecho, «nunca faltaría en las formas comunes», siendo sus caracteres fundamentales: ser paroxístico, intenso y localizado (Brinton); y tales, tan propias y precisas sus particularidades, que, sin otros síntomas, permiten llegar á diagnóstico racionalmente exacto las más de las veces.

Sólo por excepción tiene carácter sordo ó contusivo, siendo casi siempre agudo y notable por su gran intensidad.

Para objetivarle se le compara, por lo general, al que produciría un hierro al rojo atravesando el estómago, la mordedura de un perro, una herida ó úlcera acabada de cauterizar, y menos veces una espada ó flecha atravesando por su centro el epigastrio de delante á atrás.

El carácter más cardinal es presentarse poco-después de las comidas, por crisis ó paroxismos. El momento exacto de aparecer tiene relativo valor diagnóstico, pues se admite que se presenta, solo ó especialmente, coincidiendo con el último tiempo de la ingestión de los alimentos, cuando la úlcera está situada en el cardias; pocos minutos después de las comidas, si asienta en el cuerpo del estómago; y algún tiempo más tarde, cuando radica en el píloro ó antro pilórico.

Pocas veces es continuo, y aun entonces se exacerba invariablemente después de las comidas, y antes ó después, según la localización de la úlcera.

Nunca se inicia en su mayor intensidad, sino que crece desde su comienzo, por lo común como progresivamente, hasta alcanzar su máximum dos ó cuatro horas despues de la comida, decreciendo luego de modo lento y gradual las más de las veces, conforme el estómago evacua su contenido en el intestino, hasta desaparecer por completo. Sólo suele calmarse de manera brusca ó bastante rápida cuando sobrevienen vómitos; generalmente constituídos por líquidos ácidos ó agrios, y menos veces por aguas claras insípidas, ó alimentos á medio digerir.

Cuando el sufrimiento es continuo, tiene variaciones bien notorias en su intensidad, existiendo siempre un lapso de tiempo de dolor violento de forma paroxística, más corto y subsiguiente á las comidas, y otro mayor, de molestias menores y uniformes, alejado de ellas.

Suele ser carácter notorio del sufrimiento calmarse con frecuencia rápidamente por ingestión de alcalinos á dosis masivas, pero rara vez lo hace de modo completo y definitivo, y las más reaparece al poco tiempo.

Su asiento es siempre el epigastrio, del cual ocupa distinta parte,

Digitized by Google

según la localización de la úlcera, creyéndose que existe re
relativamente constante y exacta entre su asiento y el dolor.
dadas en ella, se afirma que está situada en el fondo del estó
si ocupa la parte más izquierda del epigastrio; que radica en l
anterior del cuerpo ó en la gran curvadura, si el dolor se local
la parte media ó en la región umbilical; que es del píloro ó del
pilórico, cuando lo hace en la porción derecha de la región e
trica; y que asienta en la cara posterior ó la curvadura menor
siente de modo casi exclusivo en la espalda, hacia la región
capular.

Pero sea la que quiera su situación, ó aun teniendo varias,
por excepción puede suceder, el dolor ulceroso se caracteriza f
mentalmente por circunscribirse siempre de manera precisa y
perfecta á zona bien limitada, y las más de las veces muy peq
que el enfermo señala sin dudar, y adonde refiere las mayore
lestias. Hecho que comprueba la exploración metódica del e
trio por presiones suaves ejecutadas con las yemas de los
pues se suele encontrar una porción, rara vez de mayor tama
una moneda de dos pesetas, donde suscitan mucho mayor dolo
dolorosísimas si se ejercen algo fuertes, é inaguantables cuan
las hace violentas.

Para objetivar y medir la intensidad dolorosa es de uso co
te el empleo del algesímetro, que permite conocer de maner
tante exacta la presión que es necesario ejercer para susci
Boas, apoyándose en los resultados obtenidos con el suyo, ha
blecido que, mientras en estado normal se precisa sea de c
diez kilogramos la necesaria para producir molestias vivas,
con un esfuerzo de medio á tres kilogramos para provocarlas
do existe úlcera; con tal constancia, que puede dejar de pensa
su existencia cuando se soportan presiones superiores á tres
sin experimentar dolor.

Es también carácter fundamental del dolor ulceroso pres
sitios pequeños donde su intensidad es mucho mayor, que se
minan puntos dolorosos; el más común y casi constante es epig
co (Brinton), y está situado las más de las veces en la mitad de
del epigastrio, y pocas á la izquierda; y el menos frecuente,
(Cruveilhier, Boas), teniendo su localización á un lado ú otro
porción dorsal ó lumbar de la columna vertebral. Lo general e
exista uno ú otro, y lo menos frecuente que se presenten ambo
bre todo con la misma intensidad.

Se les concede gran valor diagnóstico y pronóstico, por a
tar con las recrudescencias de la úlcera, disminuir con su mej
no desaparecer más que por su curación.

A estos puntos se refiere por lo general el dolor espontáneo,

Digitized by Google

todo al epigástrico, y es donde puede suscitarle la presión con las particularidades mencionadas.

Lo común es que el sufrimiento se irradie á las partes vecinas durante los paroxismos, en particular al hipocondrio, resto del abdomen, hacia los lados por los últimos espacios intercostales, y por detrás á la espalda y brazos. Alguna vez, por excepción, sus accesos se acompañan de sensación de angustia precordial y frecuencia respiratoria, que desfiguran y enmascaran el padecimiento.

Con frecuencia tiene el dolor caracteres secundarios muy notorios y precisos, de valor diagnóstico muy estimable para su diferenciación, aunque inferior al de los anteriores por su menor constancia; tales son: la relación é intensidad de los paroxismos con la condición y calidad de los alimentos ingeridos, pareciendo ser como proporcionales á su tosquedad y condiciones estimulantes, pues los provocan por lo general rápidamente y de gran intensidad los duros y groseramente masticados; las bebidas alcohólicas, ácidos, té y café, y los de temperatura elevada ó muy baja, en tanto que no los suscitan ó los ocasionan menores las bebidas templadas y los albuminoides blandos, como la leche; la influencia que sobre su intensidad parecen tener las posiciones, librando ó haciendo menor el contacto de la úlcera con el contenido gástrico, hecho casi siempre tan bien conocido por los enfermos, que procuran ante todo calmarle por la adopción de la más conveniente, siendo la más común la flexión hacia delante ó sobre el lado enfermo, y las menos el decúbito supino; y, por último, la que pueden tener las emociones morales vivas, la menstruación, los movimientos violentos y el vómito; las primeras por ser susceptibles de hacer más intensas las crisis dolorosas, y el último por aliviarlas ó hacerlas cesar con rapidez, por lo que algunos enfermos le suscitan cuando los sufrimientos son más violentos, para conseguir su mejoría.

Diferenciación.—La úlcera simple puede ser confundida con distintos procesos por las diversas particularidades de su dolor; así, por presentarse poco tiempo después de la ingestión de los alimentos, puede serlo con la hiperestesia; por el tipo digestivo de sus paroxismos, con la hiperclorhidria; por su intensidad y asiento epigástrico, con la gastralgia y el cólico hepático; y más difícilmente con el aneurisma aórtico, la colitis mucomembranosa y la histeria gástrica; y por todos sus caracteres é inevitable facilidad, con la úlcera duodenal.

De su distinción con la hiperestesia nos hemos ocupado al tratar de ésta.

Con la hiperclorhidria.—La diferenciación de la úlcera y la hiperclorhidria no es tarea fácil las más de las veces, porque el exceso de acidez clorhídrica parece ser condición fundamental y casi pre-

Digitized by Google

cisa para la presentación de los trastornos vasculares ó ner
de la mucosa gástrica, que ocasionan ó favorecen la aparición
úlcera simple; de aquí que los dolores de la hiperclorhidria l
cedan ó acompañen casi constantemente.

Se las diferencia, porque el dolor de la úlcera aparece muy
tiempo después de las comidas, y el de la hiperclorhidria lo l
las dos ó tres horas, coincidiendo con la plenitud digestiva; porq
la hiperclorhidria casi nunca se presenta detrás de todas las
das, sino de la más principal del día, menos veces también de
de la cena, y por gran excepción con posterioridad al desay
las comidas cortas, en tanto que en la úlcera lo efectúa siemp
trás de todas ellas; y por el distinto efecto inmediato de la ing
de alimentos, que suscitan en las úlceras dolor por contacto co
cuencia, mientras en la hiperclorhidria, por el contrario, le ca
rápidamente por saturación de la acidez, si son convenientes
la leche, reapareciendo sólo después de transcurrido algún ti
que no suele ser menor de una hora.

Además es casi siempre muy distinta la intensidad doloros
diana por lo común en la hiperclorhidria y, en general, gran
la úlcera; el dolor no es tan circunscrito, sino más difuso; no l
duce en igual grado la presión; no se calma por determinad
siciones, ni presenta puntos dolorosos.

De otra parte, suele diferir el vómito cuando se presenta e
y otra dolencia, por ser casi siempre más abundante en la úlc
no calmar el dolor tan completamente.

La falta en la hiperclorhidria de gastrorragias copiosas y
caracterizables permiten completar el diagnóstico diferencial.

Con el cáncer.—El cáncer del estómago es indoloro con fre
cia; pero cuando ocasiona sufrimientos, como suele suceder,
todo en los ulcerados, los adheridos y los que asientan en los
cios, el dolor presenta particularidades suficientes para diferen
del de la úlcera.

Las más salientes son: la menor intensidad general; su con
dad más frecuente; la falta de crisis y relación tan directa c
comidas; la ausencia de puntos dolorosos; no ser tan circuns
sino más difuso; ni asentar con preferencia en la región pil
sino localizarse ó arrancar del sitio donde radica la neoplasia

La confusión es más posible cuando el tumor asienta en el
y le estenosa, por dar lugar á dolores de mayor intensidad
cierto carácter accesional. Pero se diferencian entonces, porq
dolores son más tardíos y no inmediatos á las comidas, y se
pañan de contracción sistólica del estómago, ondulaciones e
tricas, vómitos raros, alimenticios, regulares y copiosísimos,
tención alimenticia, no teniendo influencia tan notoria sobre

Digitized by Google

lor la tosquedad, condición y temperatura de los alimentos; pues aun estando ulcerado el cáncer, reacciona menos inmediata y aparatosamente.

Difieren además ambas dolencias por la historia patológica, breve y de meses en el cáncer, larga y de años en la úlcera; por la desnutrición y decoloración precoz de los neoplásicos, la marcha continua y progresiva; el curso rápido, que corrobora la pronta aparición de síntomas de caquexia y, sobre todo, la existencia de tumor bien manifiesto y apreciable las más de las veces.

De aquí que la confusión sea más posible cuando la úlcera da lugar á induración inflamatoria con aspecto tumoral, y especialmente cuando, como rara vez sucede, se transforma en cáncer por degeneración atípica, ó éste nace sobre los bordes ó la cicatriz de una ulceración. El diagnóstico puede entonces intentarse por los caracteres del dolor, pues conserva en cada uno los que les son más peculiares; por la cronología sintomática, puesto que en la úlcera con neoplasia inflamatoria no hay más síntomas en toda la enfermedad que los ulcerosos, faltando los del cáncer; en la úlcera con trasformación cancerosa hay siempre una fase primera constituída por síntomas de úlcera, á que se suman más tarde los de cáncer en la segunda, mientras en éste sólo se presentan sus signos sin mezcla con los ulcerosos; por el curso, muy largo é indefinido en la primera, largo también en la segunda, y en ambas distante de la corta duración del cáncer primitivo.

Sirven para completar la diferenciación: la edad, por ser la úlcera patrimonio casi exclusivo de la juventud y edad adulta, y el cáncer de la madurez y ancianidad; el apetito normal y aun no pocas veces aumentado en los ulcerosos, que se abstienen sólo de comer por los dolores que les suscita, en tanto hay gran inapetencia en los cancerosos, precoz y electiva por las carnes; y los infartos ganglionales, nulos en la úlcera y frecuentísimos en el cáncer, especialmente los inguinales y menos veces los supraclaviculares.

Tienen también valor capital para la diferenciación los caracteres distintos de la hematemesis y el vómito cuando existen.

Las hemorragias de la úlcera, en efecto, son, por lo común, raras y poco repetidas, pero siempre rápidas y copiosas, por lo que se acompañan, las más de las veces, de aparatosa sintomatología constituída por vómitos bruscos de gran cantidad de sangre líquida, de aspecto rojo y menos veces oscura y coagulada en masas parecidas á trozos de hígado, siendo casi constante que los precedan y acompañen malestar general, gran angustia, náuseas, sudores fríos, desvanecimientos, palidez acentuada de la cara, síncopes y depresión rápida y considerable del pulso, y les suceda á las pocas horas diarrea negra como pez ó meconio, y pocas veces de aspecto sangui-

Digitized by Google

nolento. En el cáncer, por el contrario, son relativamente fr
tes, pero pequeñas y lentas, pasando las más de las veces de
cibidas; no dan lugar á vómitos sino muy excepcionalme
cuando existen, no suelen tener aspecto de sangre, pues por
mún se expulsa digerida y mezclada con otros líquidos ó alim
tiñéndolos de color oscuro, análogo al que les daría el hollí
posos de café, sin acompañarse de fenómenos generales osten
seguirse de melenas ni ocasionar cambio apreciable en la
ción de las heces.

Los vómitos en los ulcerosos suelen ser precoces, poco fr
tes, escasos en cantidad, coincidir con el acmé doloroso, calm
pidamente el sufrimiento, estar formados por alimentos en
digestión, especialmente hidrocarbonados, ó por líquidos, y
sabor agrio ó acidez muy pronunciada; en los cancerosos, e
bio, suelen aparecer más tardíamente después de las comid
más abundantes y aun muy copiosos cuando la neoplasia o
píloro y ocasiona su estenosis; no precederse de dolor acentu
calmarle, si le hay, y estar constituídos, primero, por líqui
tuitosos, y más tarde por alimentos sin digerir, especialment
minoides poco transformados ó retenidos en el estómago mayo
po del debido; ser de sabor soso, escasa acidez y no pocas ve
ñidos de oscuro ó mezclados con grumos de color negro pare
posos de café.

De otra parte, cuando se pueden emplear la gastrodiafan
sonda, el examen del estómago y el análisis químico de la
de prueba proporcionan datos precisos y suficientes para h
diferenciación de ambos afectos; pues se comprueba la exis
las más de las veces, de tumor en el cáncer y su falta en la
y pone en evidencia el contraste de los quimismos, hiperclor
en la úlcera, y acentuadamente hipoclorhídrico y con abun
de aceite láctico en el cáncer.

Conviene recordar, sin embargo, que si el cáncer impi
vez estas exploraciones, las contraindican en la úlcera de
formal la hematemesis, y de modo menos riguroso, pero mu
dible, los períodos de gran actividad ó agudización del proc

Con la gastralgia.—Dos hechos fundamentales permiten
solos, diferenciar rápidamente la gastralgia de la úlcera sim
falta absoluta de relación del dolor gastrálgico con las co
pues aparece una sola vez al día, por lo general, sin regul
á horas diversas, ya antes, después, ó alejado irregularme
las ingestiones alimenticias, y la salud gástrica casi absolu
antecede y sigue á sus crisis dolorosas, pues contrastan con
gularidad con que se presenta en la úlcera el dolor casi in
tamente de todas las comidas, y las perturbaciones gástric

Digitized by Google

ó menos antiguas que siempre la anteceden, acompañan y siguen.

Se puede completar el diagnóstico recordando que en la gastralgia el dolor es general y más bien difuso á todo el epigastrio que circunscrito especialmente á una parte de él; que le mejora la presión enérgica en vez de exacerbarle notablemente; que carece de puntos dolorosos, y que con gran frecuencia se acompaña de otras manifestaciones neuropáticas, ya tensión epigástrica, náusea ó salivación, que suelen empezar ó preceden como prodromos á las crisis gastrálgicas, ya emisión abundante de orina pálida, tendencia al sueño ó hambre canina, que, por lo general, las terminan.

Con el cólico hepático.—La intensidad y localización del dolor en el cólico hepático y su iniciación común después de las comidas puede hacerle confundir alguna vez con la úlcera, sobre todo á un examen rápido y superficial.

Basta recordar, sin embargo, para diferenciarlos, que el cólico es un hecho patológico único é insólito que presenta su dolor un solo día después de una comida, continuando las más de las veces horas y á veces hasta jornadas sin interrupción, mientras en la úlcera es habitual y aparece con constancia durante tiempo indefinido, casi en seguida de todas las comidas, para cesar por completo ó atenuarse mucho á las dos ó tres horas de ellas, justamente hacia el momento en que, por lo general, suele iniciarse el del cólico.

Que la úlcera no influye en la coloración tegumentaria ó la hace sólo palidecer cuando da lugar á gastrorragias abundantes, en tanto que en los cólicos hepáticos, si son algo intensos, se obstruye con gran frecuencia la circulación biliar, dando lugar á síndrome ictérico con orinas oscuras, acafetadas ó caoba, coloración amarilla de los ojos y tegumentos, y heces fecales de aspecto gredoso.

Y que palpando cuidadosamente el vientre no se halla nada anormal en la úlcera, ó sólo se percibe la pared contracturada circunscritamente en parte del epigastrio, mientras en la litiasis suele encontrarse, durante el cólico, una tumoración intraabdominal, situada en la región cística, próximamente por debajo de la novena costilla derecha, hemisférica ó de contornos redondos, dura, lisa y dolorosa á la presión, que desaparece en cuanto cesa el cólico, formada por la vesícula biliar y, por congestión hepática, aumentada y algo dolorosa la zona de macicez del hígado.

Además, suele ser común que el dolor del cólico vaya antecedido, á más ó menos distancia, de malestar epigástrico; se localice algo más superiormente hacia la parte anterior y media del hipocondrio; se inicie por vómitos alimenticios, á los que suceden otros biliosos más permanentes, y desaparezca de manera brusca ó rápida para no volver á presentarse sino días ó meses después. El de la úlcera, en cambio, no suele tener prodromos; es más epigástrico, se

Digitized by Google

acompaña de puntos dolorosos; sólo suele disminuir de modo rá
cuando aparecen vómitos, que son por lo general tardíos, líquid
sin coloración amarilla, y reaparece y se alivia con regular
después de todas las comidas.

Con la enteritis muco-membranosa.—Es difícil confundir la
ra por su dolor con la enteritis muco-membranosa, aun las cont
veces que sus molestias se circunscriben ó son más acentuadas
colon transverso, y no existen ó son menos intensas en el de
dente y S ilíaca.

Las diferencia bien su mucha menor intensidad, la contin
del sufrimiento, la falta de relación con las comidas, la ausenc
puntos dolorosos, su carácter difuso á todo el intestino grueso,
guir su trayecto, y la frecuencia con que le aumenta ó susci
presión sobre él en cualquier punto.

Contribuye á hacer fácil la distinción el contraste de los cu
sintomáticos de ambos afectos, pues en la colitis muco-membra
faltan los vómitos, la hematemesis y casi siempre las demás m
tias gástricas, poco pronunciadas cuando existen, mientras en
cera, en cambio, no es tan habitual, antiguo y característico
treñimiento, que en la enteritis es las más de las veces de form
pasmódica y constituído por deposiciones de pequeñas y nume
bolitas, y las menos atónico y manifiesto por evacuaciones form
por pocas y grandes bolas, siendo común que, en uno y otro
salgan mezcladas superficialmente ó cubiertas por moco abund
bastante concreto algunas veces, para darlas el aspecto de enr
cidas; y faltan en la úlcera sobre todo las crísis agudas contin
dolorosas, que entrecortan el estreñimiento con diarreas parc
cas en que, después de alguna ó varias deposiciones excrement
se expulsan grandes cantidades de moco, unas veces constitu
masas glerosas, como clara de huevo, y otras conglomerado b
forma de pedazos, membranas ó tiras, capaces de ser tomada
trozos de tenia cuando son finas y alargadas; siendo de notar
tas agudizaciones la escasez de síntomas gástricos, la existenc
fiebre en las más intensas, y la constancia con que se acomp
de manifestaciones nerviosas múltiples; sobre todo, tal depres
sica y especialmente moral, que se ha podido dar con verc
nombre muy gráfico y exacto de *desastres* á estas incidencia
surgen, como episodio agudo de algunos días, sobre el fondo c
de la dolencia.

Con la histeria gástrica.—Si, como rara vez sucede en el
rismo, los fenómenos gástricos dolorosos adquieren notable r
pueden llegar á hacer confundirlos con la úlcera simple. Se
guen, sin embargo, con facilidad, por los caracteres del dolo
demás manifestaciones concomitantes de la histeria.

Digitized by Google

La histeria gástrica, en efecto, lo mismo que la gastralgia histérica, suele presentarse bajo la forma de crisis continuas, únicas ó múltiples en un mismo día, caracterizadas por sensación de quemadura ó calambre gástrico; sin relación con las comidas; acompañarse ó precederse, con frecuencia, de constricción faríngea ó esofágica con penosa sensación de bola, que asciende desde el epigastrio al cuello, pareciendo ahogar á las enfermas; ser más comunes en el momento de las reglas ó después de emociones violentas, y susceptibles, en su dolor, más bien de calmar que de exacerbarse notoriamente por las presiones algo enérgicas; y acompañarse, por lo general, de vómitos, rara vez ácidos ó agrios, que no alivian ni disminuyen el sufrimiento; de perversiones del apetito ó anorexia histérica y rápidos timpanismos emocionales. Manifestaciones junto á las que se comprueban, casi siempre, los ataques convulsivos de distinto grado ó alguno de los signos que, como la anestesia faríngea, las placas de hiperestesia ó anestesia en zona de amputación, la estrechez del campo visual y los puntos ó zonas histerógenas, sirven para caracterizar el histerismo.

Con el aneurisma aórtico y celíaco.—Si la dilatación aneurismática de la aorta abdominal da lugar á grandes dolores, puede llegar á ser confundida con la úlcera simple, especialmente si no se acompaña de tumoración bien perceptible, pues cuando la hay no lo consienten su situación, carácter pulsátil, movimiento de expansión y soplos.

Se las puede diferenciar, en general, con facilidad, porque en el aneurisma el dolor se localiza, casi siempre, á la izquierda de la línea media, y más inferiormente que en la úlcera; no guarda relación con las comidas, es continuo, no tiene carácter paroxístico y carece de puntos dolorosos.

Comprobándose, además, por auscultación, en el sitio donde radica la dilatación, doble soplo vascular, y también por lo común en los femorales, é hipertrofia manifiesta del ventrículo izquierdo, datos que faltan en la úlcera y por los que la confusión no es posible.

Con la úlcera duodenal.—La diferenciación de la úlcera simple del estómago de la duodenal no tiene importancia clínica real, puesto que ambas afecciones requieren el mismo tratamiento hasta en sus menores detalles.

Se puede, sin embargo, intentar satisfacer estos escrúpulos diagnósticos: por la localización del dolor, en la duodenal, algo más á la derecha é inferiormente, las más de las veces hacia el borde externo del músculo recto derecho, debajo del reborde costal ó la cara inferior del hígado; por el momento de su aparición, siempre mucho más tardío, pues se inicia, por lo general, á las tres ó cuatro horas de las comidas; y si hay ó ha habido hemorragias, por la falta casi

Digitized by Google

constante de hematemesis y la frecuencia de melenas. Al lado de estos síntomas, señalan los autores, como útiles para la diferenciación, aunque con valor secundario, otros reflejos, de disnea, excitación cardíaca, con palpitaciones y debilidad del pulso, que suelen acompañar algunas veces á los mayores paroxismos de dolor; pero confesamos que no nos ha sido dado comprobarlos en los casos de úlcera duodenal que hemos creído observar.

HIPERCLORHIDRIA

«La hiperclorhidria, ó riqueza elevada en ácido clorhídrico del jugo gástrico, no basta á provocar dolor» (Mathieu); la primera condición para que se presente es, como en los demás afectos, la hiperestesia de la mucosa gástrica, periférica ó central, de cuyo grado depende la mayor ó menor intensidad del dolor.

Estos hechos fundamentales explican por qué grandes acideces clorhídricas pueden permanecer latentes é ignoradas para la clínica y aun para quien las tiene. Y el resultado de ciertos tratamientos aparentemente paradójicos, que hacen desaparecer el sufrimiento sin modificar el tipo secretorio del estómago ni disminuir la acidez excesiva.

El carácter más saliente del dolor de la hiperclorhidria es el momento de aparición en relación con las comidas, pues lo constante es que sólo se presente después de ellas con tipo horario digestivo, no variando más que en el tiempo que transcurre en cada caso entre aquéllas y su comienzo. Las más de las veces es de una á tres horas, y, por excepción, más, no menos. «Este dolor digestivo contrasta con el bienestar que casi siempre experimentan estos enfermos inmediatamente después de comer» (Sausoni).

Rara vez se presenta regularmente después de todas las comidas; lo común es que no aparezca detrás del desayuno ni la cena y se presente sólo hacia la mitad de la tarde, después de la comida principal, que entre nosotros suele efectuarse de doce á una. Sólo más tarde, por acentuación de la dolencia, aparece progresivamente por la noche en los hiperclorhídricos antiguos ó mal regimentados, horas después de la cena y, por último, detrás también del desayuno.

Son verdaderamente excepcionales los dolores después de la cena ó el desayuno, sin que antes ó al mismo tiempo se presenten detrás de la comida; y aún más raro que no aparezcan más que antes de éstas, cuando comienza á sentirse hambre.

Las molestias de la hiperclorhidria están algunas veces constituídas por sensación de pena, desfallecimiento, angustia epigástrica, simple inflazón ó presión digestiva, que embaraza, entristece ó acobarda á quien la sufre; pero lo más general es que, con ó sin

Digitized by Google

estas sensaciones, aparezca verdadero acceso doloroso, caracterizado por calor ó ardor gástrico y, menos veces, por molestias de quemadura ó constricción, que suele acompañarse de eructos ácidos ó agrios y, con frecuencia, de sensación repetida y pasajera de líquido ardoroso y caliente que asciende del estómago á la garganta, constituyendo el verdadero vómito frustrado que se conoce con el nombre de pirosis.

El vómito es raro en los casos ligeros y de mediana intensidad, pero relativamente frecuente é irregular en los mayores ó inveterados; las menos veces, ó en su menor parte, son alimenticios, y casi siempre están formados por líquidos incoloros de sabor ácido ó agrio, á que suelen ser muy sensibles los dientes, no pocas veces alterados cuando son repetidos y frecuentes.

Su carácter más notorio y preciso es calmar con rapidez el dolor. Algunas veces, coincidiendo con el acceso doloroso, aparecen vómitos esofágicos, formados por abundante moco fluido y transparente, ó secreción de gran cantidad de saliva densa y espesa y, menos veces, clara y fluida, que inunda la boca é inicia ó coincide con la calma de las molestias gástricas.

La duración del dolor es individual y distinta en cada caso; como límites generales extremos, puede decirse que oscila entre algunos minutos y varias horas, siendo lo común que dure de una á tres y no se prolongue hasta la comida siguiente, por largo que sea. De aquí que, en la hiperclorhidria simple, á cada comida anteceda y siguen dos períodos de tiempo, más ó menos extensos, sin molestia ó aun con relativo bienestar gástrico, que también suele aparecer inmediatamente después de ellas.

Como puntos de mira generales, puede afirmarse que la duración del dolor es tanto mayor cuanto más intensa y antigua es la hiperclorhidria, soliendo aumentar, como progresivamente, con la antigüedad de la dolencia, aunque conservando mucho tiempo la misma duración en cada individuo.

La intensidad dolorosa es variable y muy individual. Las más de las veces no pasa de ser mediana, y es excepcional que la alcance grande: esto suele acontecer, sobre todo, en los neurópatas y las histéricas. Las contadas veces que los sufrimientos llegan á ser extremos obligan á quejarse continuamente, y son declarados intolerables; hay que desconfiar de que los ocasione sólo la hiperclorhidria y pensar en la existencia de la úlcera ó la hiperestesia.

Su localización constante es al epigastrio; por lo general, son difusos y muy rara vez circunscritos, siendo infrecuente la difusión á las partes vecinas. No hay puntos dolorosos; pero, por lo común, se soportan mal las presiones en el epigastrio, en particular durante el período digestivo.

Digitized by Google

La aparición é intensidad del dolor es influenciada clara por la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, siendo acentuado después de las comidas moderadas y más intenso de las copiosas. Induce con frecuencia á error la particula aparentemente paradójica y muy digna de tenerse en cuen que los hiperclorhídricos no muy acentuados, detrás de algu mida excesiva y extemporánea, con transgresiones del régim todas clases, experimenten bienestar relativo, que se complac referir, sobre todo al médico, y que les induce á repetirlos has la agravación de las molestias les advierte de su grave equ ción. La influencia de la calidad se comprueba por la aparició coz de mayores molestias después de las comidas de que f parte verduras y hortalizas, en particular crudas; ensalad gumbres, farináceos, carnes fuertes, embutidos, cazas pasada dos, frutas sin sazonar, picantes, especias, alcohólicos y gas mientras las suscitan menores, no las producen ó las calman l cados y carnes blancas, y sobre todo la leche y huevos en f blandas, por la escasa excitación que ocasionan de la mucos trica y la gran cantidad que saturan de ácido clorhídrico; d que no pocos enfermos traten de mitigar los dolores en cuant recen, tomando algunas cantidades de ellos.

Todo lo que es capaz de excitar directa ó indirectamente cosa del estómago hace más largas é intensas las molestias hiperclorhídricos; tal sucede con los medicamentos que, c sándalo, hierro, quina, ioduro potásico, etc., tienen acción loc tante; y las emociones vivas, grandes penas, disgustos, con dades y agotamiento físico é intelectual, que la exageran po mulación del sistema nervioso ó de la neuropatía causal.

Es, por el contrario, carácter bien notorio la rapidez con dolor se calma por la administración de alcalinos á dosis ma

No deja de ser notable la facilidad con que en los neuróp alivian todos los sufrimientos, cuando no son muy acentuado plemente por su traslado al campo, sin empleo de medicaci guna.

La lengua, pocas veces limpia por completo, y las más veces húmeda, roja en los bordes y cubierta en el centro d blancuzca, tanto mayor y más extensa cuanto es más acentu dolencia, y aun algunas veces desigual en ambos lados por d glos de la dentadura; el apetito normal ó exagerado, y el e miento acentuado y casi constante, son los demás sínton aparato digestivo que completan el cuadro morboso de la hip hidria.

Pero por fiel y completo que sea, sin embargo; por bien c rizado que el proceso se encuentre, con exactitud escrupulos

Digitized by Google

en sus menores detalles, es menester no olvidar que la hiperclorhidria no puede ser diagnosticada con seguridad absoluta más que cuando el análisis químico del recogido gástrico de la comida de prueba demuestra que la acidez clorhídrica es superior á 2 por 1.000.

Diferenciación.—La hiperclorhidria puede ser confundida: con la epigastralgia, la hiperestesia gástrica, la úlcera simple, la gastralgia, la hipersecreción y el cólico hepático.

Al ocuparnos de la gastralgia, la hiperestesia y la úlcera simple, hicimos la diferenciación con ellas; de su diagnóstico con la hipersecreción nos ocuparemos al tratar de ésta.

Con la epigastralgia.—La epigastralgia se distingue de la hiperclorhidria por los mismos datos que se la puede diferenciar de la úlcera. Constituída por la neuralgia circunscrita á la piel de la región epigástrica, la presión, y en especial el pellizcamiento, la exacerban notoriamente y con proporción á su violencia; su dolor es más bien continuo que intermitente; no guarda nunca relación con las comidas, ni aparece en crisis, ni tiene regularidad precisa, ni se acompaña de ardores, ácidos, pirosis y vómitos, ni va seguida de los demás trastornos gástricos y reflejos por que se caracteriza la hiperclorhidria; uniéndose, en cambio, con frecuencia á los síndromes de la anemia ó las neuropatías, y sobre todo á la histeria, á la que las más de las veces es secundaria.

Con el cólico hepático.—El cólico hepático se confunde difícilmente con la hiperclorhidria, pues en tanto que en ésta el dolor es diario é intermitente y aparece con regularidad algún tiempo después de la comida principal, y menos veces de las otras para cesar lentamente sin dejar tras sí molestia alguna, el del cólico no se presenta más que un solo día, de tiempo en tiempo; es continuo durante varias horas ó días, termina casi siempre rápida ó bruscamente, se acompaña y sigue de dolor cístico transitorio, sobre todo á la presión, y las más de las veces de síndrome ictérico más ó menos acentuado, tras del que subsiste la salud durante meses ó semanas en los casos en que son más repetidos.

El asiento del dolor es epigástrico y difuso en la hiperclorhidria, y circunscrito en el cólico al pequeño espacio situado por dentro y debajo del noveno cartílago costal derecho, en la prolongación de la línea paraesternal, que se conoce con el nombre de región cística, donde por palpación suele apreciarse, casi siempre, durante el acceso doloroso, un pequeño tumor intraabdominal fijo al tacto, móvil á la respiración, de contorno hemisférico ó redondeado, y muy doloroso á la presión (signo de Villemin).

Difiere además el dolor por la manera de comenzar, la intensidad é irradiación, que sirven también para diferenciarlos.

En la hiperclorhidria, en efecto, suele iniciarse con escasa vio-

Digitized by Google

lencia y crecer de modo gradual; tiene las más de las veces me intensidad, y es raro se difunda á las regiones vecinas; mientr el cólico empieza, por lo general, de modo rápido, y aun no veces brusco, haciéndose grande en poco tiempo; es con frecu intensísimo y hasta desgarrador, y suele propagarse al rest hipocondrio, hombro, brazo derecho y espalda.

Por último, mientras en la hiperclorhidria se acompaña d dores, agrios, pirosis y menos veces vómitos, líquidos, ác agrios, que le calman en poco tiempo, sin revestir nunca apa cias de gravedad aun en las crisis más intensas, el cólico hep suele iniciarse por vómitos de los alimentos que hay en el est go, de la última comida, á los que suceden otros biliosos que n vian ni calman el dolor; y desde su comienzo se acompaña, pre que es algo intenso, de inquietud, palidez del semblante co presión ansiosa ó fruncida, sudor frío, pulso pequeño y contraí aspecto general grave, precoz y bien manifiesto.

HIPERSECRECIÓN

La secreción exagerada y continua de jugo gástrico, que s noce con el nombre de hipersecreción ó gastrosucorrea, no p ser diagnosticada con certeza, lo mismo que las demás alterac secretorias del estómago, sin el empleo de la sonda gástrica, averiguación del quimismo, por extracción y análisis de co adecuada de prueba.

La timidez en el empleo de este valioso é inofensivo medic ploratorio es causa de que sea desconocida ó confundida en la ca general las más de las veces, cuando se intenta su filiación por los particulares del dolor y la comprobación de sus demás tomas, insuficientes para sacar el diagnóstico de la categoría de sunción.

Contribuye á hacer más inagotables las dudas la transicić que se encuentra en la actualidad el concepto patogénico de dolencia, pues creída neurosis secretoria, primitiva ó secun desde su constitución en especie patológica, por Reichmann, se de hoy á suponerla consecutiva á la úlcera simple de localiz pilórica, sobre todo por los franceses, con Soupault á la cabeza donde nace la necesidad de la exploración más completa, para tar con las confusiones errores nosológicos.

Muy rara vez falta el dolor por completo en las formas más tinuas, ni aun en las intermitentes de menor intensidad, cons das sólo por accesos ligeros, de escasas molestias, con ó sin náu seguidas de vómitos ó regurgitaciones ácidas. Lo general y constante es, por el contrario, que tenga relativa intensidad, si

Digitized by Google

muy frecuente la adquiera grande y ocasione angustiosos sufrimientos. Es excepcional que desde el comienzo de la dolencia llegue á su mayor violencia, sino que, por lo común, va adquiriéndola progresivamente durante su curso, hasta alcanzarla uniforme y extrema cuando queda constituída como afección crónica y habitual. Aun entonces no hay tipos generales que puedan servir por su frecuencia de jalones para la averiguación ó comparación clínica; pues, lo mismo que en las demás gastropatías, la intensidad y duración del dolor es individual y depende en especial del sujeto y, sobre todo, de sus particulares neuropáticas.

Su localización es siempre epigástrica, siendo difuso las más de las veces, y las menos circunscrito. Cuando así sucede, suele limitarse con preferencia á la mitad derecha del epigastrio, donde la presión le exacerba cuando existe, pero no le suscita cuando falta. La molestia á que da lugar se suele comparar á la que produciría una quemadura muy viva ó el roce de una herida denudada. Las irradiaciones no son excepcionales, y las más frecuentes son al dorso, base del tórax y abdomen.

Aunque el dolor tiende á la continuidad, tiene fundamentalmente tipo horario digestivo, y aparece una ó varias horas después de todas las comidas. Su acceso nocturno es, sin embargo, el más característico, por su regularidad, constancia é intensidad; se presenta, de modo casi invariable, hacia media noche, interrumpiendo el sueño, y, después de una, dos ó tres horas de sufrimiento intenso, acaba ó se alivia de manera rápida por vómito abundante y, algunas veces, por cámaras diarreicas.

En los casos más acentuados y largos el dolor se hace casi continuo, aunque conservando sus exacerbaciones después de las comidas, y muy en especial la relativa regularidad nocturna.

Suele mitigarse con la ingestión de alimentos líquidos y bebidas indiferentes, que el enfermo tiende á repetir á menudo para aliviar momentáneamente sus sufrimientos.

No es excepcional el dolor gástrico en ayunas: lo más común es que entonces sea con sensación de calambre. Más rara vez aparece antes de las comidas, bajo la forma de hambre nauseosa.

Como la excitación del estómago en la hipersecreción no es sólo sensitiva, sino también motora, de ahí lo común, sobre todo en el acceso nocturno, de pirosis y vómitos repetidos, que alivian el dolor rápidamente. Particularidad que conocen, por lo general, tan bien los gastrosucorreicos, que, para ponerle fin, apelan á provocarle cuando las molestias son muy acentuadas ó pertinaces.

El vómito es frecuentísimo, copioso, escasamente alimenticio y constituído por líquidos agrios ó ácidos y menos veces amargos, que ocasionan al salir sensación de quemadura faríngea y alargamiento

Digitized by Google

de los dientes, alterados ó destruídos no pocas veces cuando s
petidos ó comunes. Su color es variable; por lo general, son g
amarillos ó verdosos, y rara vez verde hiedra ó azulados, y ca
casi siempre de mal olor.

Cuando las materias devueltas son depositadas en vasija
cha, se dividen en tres capas bien perceptibles: superior, delg
espumosa; media, completamente líquida, de color gris ó r
verdosos y aspecto algo turbio; y la mayor de todas, inferior
bién grisácea y constituída por sedimentos alimenticios casi
sivamente hidrocarbonados. Muy rara vez se suman á estos v
lo de todo lo que se ingiere, por intolerancia gástrica.

El apetito exagerado y casi siempre electivo por las carnes
buminoides; la sed viva, en particular por las noches; los a
frecuentes de diarrea nocturna; el aumento de capacidad gá
con descenso de la curvadura mayor al nivel ó por debajo de
nea umbilical; la retención alimenticia con bazuqueo ó clap
bien perceptible en ayunas; la orina turbia ó lactescente; la
trición lenta, grande ó persistente; el curso largo é intermite
la marcha progresiva, completan el cuadro morboso de
lencia.

Ordinariamente, cuando se efectúa el cateterismo gástr
ayunas, haciéndole preceder de lavado la noche anterior ú
antes, no se extrae nada ó sólo se logra obtener cantidades
nificantes de líquido; en la hipersecreción, por el contrario, si
se consigue sacar de 50 centímetros cúbicos en adelante de lí
que ennegrece ó azulea intensamente el papel rojo congo; da
rojizo si se evaporan lentamente unas gotas en cápsula de poro
con otras de reactivo Gunzburg, y muestra tener elevada
clorhídrica y total por la lejía de sosa y los reactivos
rantes.

Diferenciación. Entre sus formas.—La hipersecreción
ser protopática, constituyendo sola todo el proceso morboso,
terapática y secundaria á otras afecciones del sistema nervios

Se diferencian entre sí con relativa facilidad, por no prese
en la primera más síntomas que las de la gastrosucorrea, mi
en la segunda existen con anterioridad y se hallan concomi
los de la tabes, neurastenia ó histeria, por ser las neuropatí
con más frecuencia la originan.

La hipersecreción puede ser confundida con la hiperclor
simple, la úlcera redonda, la estenosis del píloro y el cáncer
co, del que ya hemos hecho la diferenciación.

Con la hiperclorhidria.—La analogía del tipo horario del
su carácter y localización pueden hacer confundir fácilmente
perclorhidria con la hipersecreción, en particular en las forma

Digitized by Google

nuadas, al principio de la dolencia ó en sus crisis menos intensas, á tal extremo que, sin el examén del estómago con la sonda gástrica en ayunas, no es posible diferenciarlas de manera indubitable.

El diagnóstico clínico ha de efectuarse por los particulares del dolor y, sobre todo, de los vómitos, el éxtasis alimenticio, la dilatación gástrica y el contraste de los demás síntomas.

El dolor, en la hiperclorhidria, es siempre francamente intermitente; aparece, en general, sólo después de la comida del medio día, y falta detrás de las otras y en ayunas; alcanza mediana intensidad las más de las veces, y suele guardar relación muy directa con la clase y composición de los alimentos ingeridos. En la hipersecreción, en cambio, sigue algo de lejos á todas las comidas, con tendencia á hacerse continuo; es de mayor intensidad; su acceso más constante, largo y violento se presenta casi invariablemente por la noche con relativa regularidad, algunas veces en ayunas, con ó sin la forma de calambre gástrico, y no suele ser tan rápidamente influenciado por la clase y composición de los alimentos.

Los caracteres del vómito son muy diferentes en ambos afectos; raro, poco abundante, escasamente alimenticio y formado casi siempre por líquidos claros, de sabor ácido ó agrio, en la hiperclorhidria se presenta generalmente por la tarde, horas después de la comida; en la hipersecreción, por el contrario, es frecuentísimo y casi constante, abundante cuando menos y no pocas veces copiosísimo, formado, sobre todo, por líquidos, con algunos restos de alimentos casi exclusivamente hidrocarbonados, y aparece las más de las veces hacia la mitad de la noche.

El estómago, en las hiperclorhidrias acentuadas y antiguas, suele estar más ó menos perturbado en su motricidad y, como consecuencia, tener aumentada su capacidad y disminuído su poder evacuador, por lo que tarda más de las cinco ó seis horas normales en enviar al intestino los alimentos de una comida ordinaria; pero, por retrasada que ésta se encuentre, siempre se halla vacío por la mañana, en ayunas, transcurridas doce horas de la última comida, lo que nunca sucede en la hipersecreción, por haber insuficiencia mecánica de tercer grado, con retención alimenticia acentuada, bazuqueo en ayunas, aumento de la zona timpánica vertical muy por encima de los cinco y siete centímetros normales, y situación de la curvadura mayor al nivel ó por debajo de la línea umbilical.

Contrasta además el estreñimiento habitual de los hiperclorhídricos con las crisis de diarrea nocturna, con alivio del dolor, que suelen presentar los hipersecretores, en particular cuando no tienen vómitos; y el aspecto florido de los primeros, con el adelgazamiento progresivo y demacración acentuada, con aspecto general grave, de los segundos.

Digitized by Google

Con la estenosis pilórica.—La analogía del cuadro sintom
y, en especial, del vómito abundantísimo, nocturno y relativam
regular, es causa de que la hipersecreción se pueda confundir
la estenosis pilórica, al punto de no ser siempre tarea fácil su
renciación, siendo para ella indispensable el estudio cuidados
las funciones gástricas con ayuda de la sonda. Si se lava el
mago por la noche con agua clara, hasta que salga limpia, n
ingiere alimento alguno y á la mañana siguiente se la vuelve
troducir, catorce horas después de la última comida, en la este
no se consigue extraer nada, y en la hipersecreción siempre se
tienen más de 50 c. c. de líquido, con todas las reacciones del
gástrico, con lo que la diferenciación queda perfectamente
blecida.

Sin el cateterismo, toda apreciación diagnóstica no puede p
de la categoría de conjetura. En la clínica, sin embargo, se int
la diferenciación, sin probabilidades de acierto, por la compara
de los cuadros sintomáticos.

Las posibilidades de confusión son muy distintas en las este
cicatriciales, mal llamadas benignas, consecutivas á la úlcera
ple, y las malignas, debidas á formaciones tumorales; pues des
momento en que se aprecia y comprueba la existencia de un tu
intraabdominal, situado en la parte derecha del epigastrio,
asiento en el estómago, y síndrome pilórico consecutivo bien m
fiesto, no puede ser confundido con la hipersecreción, que jam
presenta; en tanto que, si no existe ó no se aprecia neoplasia, l
ferenciación es dificilísima y sólo puede intentarse por los co
morativos, la contraposición de algunos síntomas, el diferente c
y aun los resultados del tratamiento.

En efecto: si se halla en los antecedentes la ingestión de
substancia cáustica ácida ó alcalina, seguida inmediatamente
gastritis sobreaguda; la existencia de hematemesis abundantes
y, sobre todo, con dolor y vómitos del tipo de los ulcerosos,
inducir, con grandes probabilidades de acierto, que no se trat
hipersecreción, sino de estenosis pilórica consecutiva á neofo
ción inflamatoria cicatricial.

En la estenosis, además, suelen apreciarse bien contracci
parciales del estómago, rítmicas y espontáneas ó provocables,
le recorren lentamente desde el fondo mayor al píloro, con el
ción parcial y sucesiva de la pared abdominal y movimient
onda análogo al de la culebra en reptación, denominadas, d
Kusmaul, ondulaciones epigástricas, mientras no existen nunc
la hipersecreción, por lo que tienen relativo valor diagnóstico
rencial.

La presencia bien comprobada en los vómitos de bilis es,

Digitized by Google

embargo, el síntoma de mayor valor, por faltar en las estenosis y ser casi constante en los hipersecretores, á tal punto que, cuando se observan, por dudosa que sea la sintomatología, es posible afirmar que no hay estenosis ó es infrapilórica.

Difieren además ambos afectos por el curso, continuo y regular en la estenosis é irregular y discontinuo en la hipersecreción, caracterizada generalmente por períodos cortos de enfermedad, seguidos de intervalos de salud cada vez más cortos hasta acabar por hacerse la molestia continua.

Los resultados del tratamiento suelen ser tan distintos, que pueden contribuir á la diferenciación. Y así, si la dolencia se alivia rápida y notoriamente por permanencia en la cama varios días, con el vientre cubierto de fomentos calientes, alimentándose con litro y medio por día de leche, tomada en pequeñas cantidades, y algunos huevos blandos; calmada la sed por enemas de agua espaciados, y tratada farmacológicamente con la administración de dosis suficientes de alcalinos y narcóticos (opio, belladona, etc.), puede afirmarse que, casi con seguridad, se trata de un hipersecretor; en tanto que, si los síntomas persisten con igual intensidad ó se agravan por el tratamiento, hay serios motivos para creer que el doliente es un estenósico.

Con la úlcera.—El hecho de creerse por muchos la hipersecreción una consecuencia de la úlcera de localización pilórica, induce á pensar en la analogía de los síntomas y las dificultades de su diferenciación.

Sin la sanción general necesaria, esta nueva noción patogénica, para poderla considerar como clásica, es forzoso suponerlas especies patológicas distintas para el diagnóstico, ateniéndose á lo admitido por los más y los mejores.

La úlcera simple se puede diferenciar de la hipersecreción, de modo rápido y relativamente preciso, por las hematemesis; y sin ellas, por los caracteres del dolor y los demás síntomas.

En efecto: como en la hipersecreción no hay nunca verdadera hematemesis, expulsándose, cuando más, en los vómitos más violentos, alguna estría sanguinolenta, desde el momento que se tenga seguridad de la existencia de grandes gastrorragias, cabe pensar muy racionalmente en la úlcera y desechar del diagnóstico la hipersecreción.

En la úlcera, además, el dolor es muy cercano á las comidas, de gran intensidad, circunscrito y paroxístico; se acompaña, con frecuencia, de puntos dolorosos epigástrico ó dorsal; es muy exacerbable por la presión, que le hace inaguantable, y claramente electivo por la calidad y composición de los alimentos, originándolos mayores los toscos é irritantes, y menos intensos los albuminoides.

Digitized by Google

blandos. En la hipersecreción, en cambio, se presenta bas tiempo después de las comidas, con menor intensidad, es más á todo el epigastrio, no se acompaña de puntos dolorosos ni electividad alimenticia tan manifiesta, y aparece con la mayo lencia por la noche con regularidad muy notoria.

De otra parte, en la hipersecreción los vómitos son raros días, regulares, copiosos y poco frecuentes, mientras son men gulares y escasos, por lo general, en la úlcera, que no pocas se acompaña de intolerancia gástrica; y faltan la dilatación d tómago y la retención alimenticia graduada en ayunas, que se prueba casi siempre, con facilidad, en la hipersecreción.

ESTENOSIS PILÓRICA

No es ciertamente el dolor de los síntomas que alcanzan n relieve en la estenosis del píloro, por lo común muy variada y aparatosa en sus sensaciones subjetivas; pero es tal la frecu con que se presenta en las algo graduadas, y tan rara su falta obligan á considerarle como constante.

De intensidad variable, guarda relación directa con las ciones neuropáticas del sujeto, el grado de la estenosis y su ma siendo regla general que aun los más pertinaces é intensos casi por completo en el último período de la dolencia, por par del estómago. Es siempre de forma intermitente y tipo paroxís aparece hacia el final de la digestión gástrica.

Los sufrimientos se pueden desdoblar en dos grupos diferen sensaciones, que acontecen en momento distinto: uno de mol lejanas, que aparecen de dos á cinco horas de las comidas, fo casi siempre por tensión, peso ó plenitud gástrica, acompañad pirosis, ácidos ó agrios, eructos y vómitos, debidos principal á hiperclorhidria y, sobre todo, á hiperacidez del contenido gá y otro menos tardío, de verdaderos dolores, de forma intermi con movimientos parciales del estómago, conocidos desde maul con el nombre de ondulaciones epigástricas por su y situación, pues se inician las más de las veces hacia el fon estómago, en el hipocondrio izquierdo, le recorren, pasan epigastrio y terminan en su parte más derecha, donde se encu el píloro; contracciones gástricas visibles por las elevaciones presiones sucesivas que ocasionan de la pared abdominal, en de onda, algo parecida al movimiento de reptación ó arrastra de una culebra.

La regularidad y constancia con que los fenómenos dispé se presentan en los estenósicos, ó se exacerban cuando son con tardíamente, al final del período digestivo, ó en el momento d

Digitized by Google

tuarse la expulsión del contenido gástrico al intestino, ha inducido á Soupault y Hartmann á darlas el nombre de síndrome pilórico.

El dolor se localiza siempre en el epigastrio, hipocondrio izquierdo y parte más superior de la región umbilical, por ser las que ocupa el estómago, casi constantemente descendido y muy aumentado de volumen. No suele irradiarse, y cuando lo hace es, sobre todo, á las regiones vecinas del abdomen, pecho y lomos.

Las ondulaciones cesan permanentemente con la misma constancia que aparecen, al final de la digestión, algún tiempo después de comenzar, y faltan en los períodos finales de la afección por atonía y parálisis del estómago, siendo sustituídas por sensaciones sordas más ó menos continuas, de peso y angustia abdominal con atirantamiento de los lomos.

La duración de las molestias de los estenósicos es variable; por lo general, las del segundo grupo, de ahogo, inflazón y ardores, suelen persistir de una á tres horas, y se anteceden sin interrupción, con escaso intervalo, ó se mezclan con las ondulaciones. Con frecuencia, unas y otros terminan ó se alivian de modo notable por vómito espontáneo, muy característico por su gran abundancia y estar formado por líquidos y alimentos á medio digerir, que depositado en vaso estrecho, se dividen por reposo en tres capas bien apreciables: superior, formada de espuma de gruesas burbujas; media, líquida y transparente; é inferior, constituída de modo casi exclusivo por restos alimenticios, en particular hidrocarbonados, como pan, féculas y herbáceos, entre los que suelen hallarse alguna vez parte de otros ingeridos en comidas ó días antes.

El alivio rápido que produce el vómito, y su tardanza é irregularidad en aparecer, suscita á los enfermos la idea de su provocación, y no es infrecuente que le estimulen para ponerlas fin cuando las molestias se hacen muy largas ó penosas.

Sirven, además, para caracterizar á los estenósicos del píloro: su enflaquecimiento acentuado y progresivo; el aspecto particular del abdomen, hundido en la parte superior del epigastrio y uniformemente aumentado en las regiones centrales; la tensión epigástrica y umbilical durante los períodos digestivos debida á la contracción sistólica del estómago, que da al tacto sensación tumoral vaga y muy parecida á la que produciría la palpación, á través de un paño, de una pelota ó globo de goma henchida de aire; el gran aumento de la capacidad del estómago, demostrada de modo tosco, pero muy clínico, por el aumento de superficie gástrica en contacto con la pared abdominal, muy superior de los cinco á siete y medio centímetros que á la percusión normalmente tiene en la línea media vertical, y de modo exacto por insuflación gaseosa ó repleción con agua; el éxtasis y retención alimenticia graduados, comprobables por la exis-

Digitized by Google

tencia de bazuqueo ó clapotaje en ayunas, catorce horas desp
una comida ordinaria, y, sobre todo, por el cateterismo hecho
mismas condiciones; la inconstancia, primero, de los vómitos,
go la abundancia y regularidad relativa con que se repiten
las noches, hacia la madrugada; la sed continua, viva y penos
conservación del apetito, que contrasta con la desnutrición gr
el aspecto general notoriamente grave.

Diferenciación de las formas.—La estenosis del píloro pue
debida á procesos localizados en el mismo estómago, en cuy
se denomina intrínseca, ú originada por afectos que asientan
del ventrículo gástrico, llamándoselas extrínsecas. Las primer
las más frecuentes y comunes, y se dividen en benignas, ú oca
das por la cicatrización de úlceras; y malignas, ó debidas á in
nes tumorales del píloro. Lo primero, pues, que se impone ant
estenósico, es hacer la diferenciación de la forma y variedad
estrechez.

Intrínsecas benignas.—Las estenosis intrínsecas benignas
das como consecuencia de la cicatrización de una úlcera sim
calizada en el píloro ó sus proximidades, se caracterizan por
drome pilórico ya descrito, y pueden filiarse por sus anteced
marcha y duración. En efecto: en los antecedentes figuran cas
tantemente la referencia precisa de los ardores, ácidos ó ag
dolores digestivos de la hiperclorhidria, y muchas veces la
grandes dolores circunscritos y paroxísticos, acompañados
mitos, hematemesis y melenas, que se consideran como prop
la úlcera. La marcha es característica por la lentitud con que
rren todas sus fases; y contribuye á diferenciarlas últimame
gran duración, pues suelen persistir las más de las veces varios

Malignas.—Las estenosis malignas tienen por origen el est
miento del píloro por el cáncer, y raras veces por otra neopl

De aquí que el dato primordial de más valor para el diag
sea la coexistencia de los síntomas estenósicos con un tumor
abdominal, epigástrico, móvil por la respiración, tacto é insu
gástrica, bien circunscrito casi siempre, duro é irregular, s
en la mitad derecha del estómago. Estos datos tienen tanto m
lor cuanto que en los cánceres blandos, que escapan á la palp
la dilatación gástrica es mucho menos acentuada por ser del
atonía, sin que haya dificultades pilóricas al libre curso a
ticio.

Permiten completar la diferenciación clínica de estas est
la inapetencia precoz y electiva por las carnes; los vómitos
dos, primero acuosos y luego alimenticios, y de color café ú
ros como hollín; la anaclorhidria ó hipoclorhidria acentua
desnutrición y decoloración prontas, acentuadas y progresiv

Digitized by Google

rapidez del curso y su escasa duración, pues llegan invariablemente al fin en pocos meses.

Estenosis extrínsecas. — Se distinguen las estenosis extrínsecas de las intrínsecas por su sintomatología general y los datos de análisis del recogido gástrico.

En efecto: las estenosis intrínsecas, sean benignas ó malignas, siempre se caracterizan desde el comienzo al fin de la dolencia por síntomas exclusivamente gástricos; en tanto que las extrínsecas, por ser consecuencia de diversos procesos morbosos de órganos contiguos al estómago, que estrechan en su curso el píloro ó la primera porción del duodeno, ofrecen, por el contrario, dos fases sintomáticas bien precisas: la primera sin manifestación ninguna de estómago, constituída sólo por síntomas extragástricos, y las más de las veces por los de la litiasis biliar, las ptosis viscerales, la úlcera duodenal, los tumores extragástricos, la peritonitis circunscrita ó las hernias, dando lugar á las formas que me he permitido denominar (1) litiásica, ptósica, ulcerosa, tumoral, peritonítica y herniaria; y la segunda, de síntomas clara y particularmente pilóricos, análogos en todo á las demás estenosis.

La frecuencia con que en ellas se comprueba bilis y jugo pancreático en el recogido gástrico, con normalidad ó escasa alteración del quimismo, y la irregularidad de su curso, hace que sean también buenos puntos de mira diagnósticos.

Con la dilatación simple. — La estenosis pilórica se puede confundir fácilmente con la dilatación simple ó idiopática, y con más dificultad con las crisis gástricas y la hipersecreción.

Se diferencia la dilatación simple, idiopática ó atónica, debida á deficiencia de la contractilidad muscular del estómago, por los conmemorativos y los síntomas.

Difieren los antecedentes porque la historia patológica de los dilatados simples es siempre muy larga, y se compone de modo casi exclusivo de las referencias vagas de las gastritis, las múltiples y variadas sensaciones de la dispepsia neuro-motriz exornada con gran riqueza de fenómenos nerviosos, secundarios ó reflejos, como las palpitaciones, vértigos, bocanadas de calor, disnea digestiva, inaptitud cerebral y melancolía, que caracterizan la forma neuropática (Soupault), ó las muy diversas manifestaciones del artritismo en la llamada artrítica, que contrastan notoriamente con la sintomatología saliente y precisa de la úlcera simple, referidas por los estenósicos benignos, la historia breve de los neoplásicos ó los signos de la primera fase extragástrica de las estenosis extrínsecas.

Se diferencian, además, por los síntomas, pues en todos los pe-

(1) Estenosis extrínsecas del píloro.—Tesis del doctorado. 1901.

Digitized by Google

ríodos de la dilatación simple y en todos los dilatados faltan pre el estómago sistólico con su sensación al tacto, en el perí gestivo, de pelota llena de aire; las ondulaciones epigástrica retención alimenticia graduada, y el estómago permanece flá diastólico y, las más de las veces, vacío en ayunas ó conte escasos restos alimenticios, fáciles de hacer desaparecer por miento adecuado, lo que no se logra en ningún estenósico, cu ra que sea su variedad.

Con las crisis gástricas.—Es muy difícil confundir las cris tricas con la estenosis pilórica, y más aún que la duda sea d ra, puesto que las crisis se caracterizan por dolor continuo, i simo, acompañado de vómitos líquidos copiosos, repetidos h intelerancia gástrica absoluta, y fenómenos nerviosos y ge muy acentuados; síntomas que persisten, sin interrupció siempre varios días, antecediéndose y siendo seguidos de a salud gástrica, y que reaparecen con intervalos relativament lares las más de las veces.

Contribuyen á hacerlas menos confundibles los síntomas afección causal (tabes, ptosis ó esclerosis), fáciles de ser com dos antes, concomitando y subsistiendo después de las crisis.

Con la enfermedad de Reichmann.—Difiere la hipersecre la estenosis por la mayor abundancia, frecuencia y distinta sición de los vómitos, casi exclusivamente líquidos y siempr pobres en restos alimenticios; la mayor intensidad del dolor; ta de ondulaciones epigástricas, éxtasis y retención aliment la discontinuidad del curso, pues la hipersecreción se prese períodos que, aun los más acentuados é intensos, se antecede guen de otros de salud completa gástrica y general.

El dato, sin embargo, más preciso para diferenciarlas le nistra la exploración con la sonda, pues si se lava el estóma la noche hasta que salga el agua limpia, y se introduce la por la mañana, en ayunas, sin haber tomado ningún alimento el lavado, no se logra extraer nada en los estenósicos, por es cío el estómago, y se obtienen en la hipersecreción unos 50 líquido con caracteres físicos y químicos de jugo gástrico, que la distinción es absoluta y perfecta.

Puede servir complementariamente para distinguirlos el resultado del tratamiento médico rigoroso, que siempre modi modo bien ostensible, pronto ó tarde, la gastrosucorrea, has rentar no pocas veces la curación, y alivia sólo de manera toria é incompleta los síntomas y molestias del estenósic dadero.

Digitized by Google

CÁNCER

El cáncer del estómago es afección que origina las más de las veces pocos sufrimientos, siendo lo general que el dolor no sea síntoma predominante; pues «ni tiene caracteres pròpios» (Bouveret), «ni basta jamás para caracterizar la existencia de esta neoplasia; pero puede, por ciertos caracteres, fortificar un diagnóstico ya poseído» (Mathieu), y de aquí la necesidad de su apreciación circunstanciada.

Y aunque la falta de constancia y uniformidad en sus particularidades no consiente afirmaciones absolutas y concretas, ni generalizaciones precisas de importancias clínica y diagnóstica primordiales, como en otras gastropatías, la observación repetida permite aseverar, sin temor á ser desmentidos, que los cánceres indoloros son en España, seguramente, más del 8 por 100, que designan Brinton y Arnold, y se acercan más bien al 25, señalado por Lebert; siendo de tal manera común, contra lo creído por la generalidad, la falta de sufrimientos, que es fácil ver no suelen ocasionarlos más que los localizados en los orificios del estómago, los menos numerosos, y no los suscitan si están situados en cualquier otra parte, que es lo más frecuente, á menos de estar ulcerado, difundirse á los órganos vecinos ó complicarse de perigastritis.

De aquí que las molestias en la mayoría de casos sean tan poco acentuadas, que no pueden calificarse con justicia de verdadero dolor.

Su carácter más constante y preciso es localizarse en el sitio donde radica la neoplasia, y el secundario de mayor valer aparecer ó exacerbarse cuando se efectúan presiones algo intensas sobre ella, teniendo tendencia á irradiarse á las regiones inmediatas cuando es más acentuado.

Algunas veces, sin embargo, se circunscribe mal el asiento del dolor; pues comprende todo el epigastrio, y tiene la forma de molestia difusa y vaga, imposible de referir á ningún punto preciso.

Su intensidad es variable, y alcanza desde la sensación de peso y malestar menos violento, difícil de ser expresado, hasta los mayores sufrimientos, casi exclusivos de los ulcerados, en cuyo caso suelen compararse á los que producirían agudos pinchazos ó ser roídas las carnes por un animal.

Se puede afirmar de modo algo general que la extensión guarda relación directa con la intensidad, siendo más difusa y poco precisa cuando el dolor es menos intenso, y tanto más localizada y circunscrita cuanta es mayor su violencia.

Sus particularidades más comunes son: tender á la continuidad;

Digitized by Google

no guardar relación con las comidas; no exacerbarle más q
notoriamente indigestas; no ser paroxístico, ni acompañarse de
tos dolorosos; no calmarse por el vómito, ni dar lugar á hipere
de la piel de la región epigástrica.

Como el dolor se localiza donde la neoplasia se encuentra,
que cuando el cáncer asienta primitiva ó secundariamente en
loro, por difusión desde el cuerpo del estómago, suela circu
birse el sufrimiento á la parte más derecha del epigastrio, e
ticular en la porción situada en la prolongación de la línea p
ternal derecha, y más ó menos por encima de la umbilical,
que el píloro esté en su situación normal, ó descendido por
ción, como sucede las más de las veces, desde donde puede
dirse á las regiones vecinas, y en particular hacia atrás ó a
condrio derecho.

Por su localización en esta variedad incluye y estrecha
menos la abertura pilórica, y ocasiona dificultades á la libre
cuación del contenido gástrico, de las que nace, como consecu
dilatación del estómago, que permiten comprobar clínicamen
aumento notable de la zona vertical de timpanismo gástric
descenso de la curvadura mayor al nivel y aun por debajo d
bligo, la mayor capacidad del estómago, los vómitos evacua
tardíos, relativamente periódicos, abundantísimos y con exp
no pocas veces de alimentos ingeridos en comidas ó días ante
las ondulaciones epigástricas y el éxtasis alimenticio con baz
ó clapotaje catorce horas después de una comida ordinaria,
llazgo, por cateterismos efectuados en las mismas condicione
abundantes restos alimenticios.

Cuando la neoplasia asienta en el cardias, el dolor suele
zarse en el dorso, hacia la región interescapular ó en la pare
terior del tórax, á la altura del cuarto ó quinto cartílago cos
quierdo, desde donde se difunde algunas veces á la espalda
izquierdo del pecho. Como origina la disminución de la luz de
dias, suscita dificultades á la entrada de los alimentos en el
mago, más acentuadas con los sólidos y notorias al final de
glución, con devolución ó no de lo ingerido, vómitos esofágico
cosos y disminución muy apreciable del volumen del estómag

De otra parte, como el cateterismo con sonda adecuada pe
medir exactamente la situación de toda estrechez, su grado
tensión, cuando la neoplasia radica en el cardias la sonda se
ne ó pasa con dificultad á 42 ó 43 centímetros de la arcada
ria, y su calibre puede ser apreciado por el de la oliva del jue
Trousseau que pueda lograrse franquee sin violencia la estre

Los cánceres de las curvaduras y, en particular, los de la
ras, pueden y suelen ser poco dolorosos y aun indolentes si no

Digitized by Google

den los orificios; de aquí que sean los que con mayor frecuencia permanecen latentes y desconocidos para el enfermo y el médico, ó dan lugar sólo á fenómenos tan vagos y poco precisos que no permiten caracterizarlos si no se toca la tumoración. Cuando ocasionan dolor, suele estar situado: al nivel del apéndice xifoides ó en la región interescapular, en los de la pequeña curvadura; en el hipocondrio izquierdo ó epigastrio, en los de la gran curvadura, y hasta en la región umbilical cuando el estómago está descendido; en la región dorsal, en los de la cara posterior; exclusiva y plenamente en el epigastrio, en los de la cara anterior, y más ó menos á la izquierda ó á la derecha, según la situación de la neoplasia.

Diferenciación.—No es posible descender, para agotar todas las dudas posibles, á efectuar la diferenciación del cáncer con los afectos gástricos indolentes ó escasamente dolorosos, aun cuando sea con los que más fácilmente se confunda, sino que hemos de limitarnos á llevarla á cabo, por precisiones del enunciado de este trabajo, con las afecciones más ó regularmente dolorosas.

El cáncer del estómago puede ser confundido principalmente con la úlcera redonda y la hipersecreción por el dolor y los síntomas gástricos, y por el dolor, los síntomas tumorales y los generales consecutivos, con el cáncer duodenal, el del intestino grueso, el pancreático, el del hígado, el de la vesícula biliar y el aneurisma de la aorta abdominal.

Para la diferenciación diagnóstica es indispensable valerse no sólo dol dolor, sino también, y sobre todo, de los demás síntomas.

Claro que si coincidiendo con un sufrimiento de los caracteres indicados, se aprecia una tumoración epigástrica situada en el estómago, acompañándose de anorexia precoz, intensa y electiva por las carnes, vómitos, primero pituitosos ó glerosos, y luego de alimentos sin digerir, aun cuando hayan sido ingeridos horas antes, de color acafetado ú oscuro como hollín, adenopáticas, inguinales ó supraclaviculares; desnutrición progresiva y rápida; decoloración precoz, seguida de tinte amarillo de la piel, y alteración pronunciada del quimismo gástrico, en particular anaclorhidria ó hipoclorhidria acentuada, falta de ácido clorhídrico libre y abundancia de ácido láctico, no hay posibilidad de confusión, y se impone el diagnóstico del cáncer gástrico, sin duda racional con ningún otro afecto.

Las más de las veces, sin embargo, no puede formularse afirmación tan categórica con la oportunidad necesaria para hacer útil el tratamiento quirúrgico radical, por lo efímero de su indicación y lo transitorio de su oportunidad.

De querer puntualizarlas y hacerle fecundo, arranca el interés con que se afanan la clínica y el laboratorio en el diagnóstico pre-

Digitized by Google

coz del cáncer, por hallazgo de nuevos signos que permitan conocerle con certeza y diferenciarle de modo indubitable y categórico de los procesos que le son semejantes.

Del cáncer ulcerado y la úlcera simple.—La úlcera simple es la gastropatía dolorosa con que puede ser confundido el cáncer del estómago con más facilidad; no hemos, sin embargo, de insistir en hacer su diferenciación, por habernos ya ocupado de ella al tratar de la úlcera.

Réstanos señalar ahora la manera de separar en clínica el cáncer ulcerado y la úlcera cancerosa de la úlcera simple ó redonda, cosa muy difícil y aun casi imposible, si los conmemorativos no son claros, y precisos los síntomas cardinales, y sólo hacedera, con la categoría de presunción, cuando unos y otros tienen sus caracteres peculiares.

En efecto: los ulcerosos tienen siempre ó las más de las veces historia gástrica larga, y refieren venir sufriendo ardores ó dolores gástricos continuos ó á temporadas desde bastante tiempo, que alcanza, por lo general, á años antes de la aparición de los síntomas ulcerosos, en tanto que los cancerosos son, casi invariablemente, enfermos de historia gástrica corta, que no han padecido con anterioridad del estómago, y en que no pocas veces los síntomas del cáncer son sus primeras molestias dispépticas. Difieren, además, ambas dolencias por el curso y la duración, en los ulcerosos lento y larga, al extremo de necesitar años para recorrerlos, y en los cancerosos rápido, pues concluyen casi constantemente todos sus periodos en varios meses. De aquí que en la úlcera, si no hay hemorragias, el aspecto florido suele durar bastante tiempo, mientras en el cáncer no tardan en hacerse apreciables la desnutrición y decoloración precoces, acentuadas y progresivas, y no muy tarde los signos característicos de la caquexia. Basándose en ello, ha dado como regla clínica Gerardht, concediendo, sin duda alguna, demasiada latitud al tiempo y excesivo valor á la tumoración, que «toda afección gástrica que dura más de tres años, si no está asociada á tumor apreciable, no debe ser considerada como cáncer, aun cuando hubiese causado una notable desnutrición».

Puede servir á veces para diferenciarlas la aparición de neoplasias secundarias en otros órganos; pues si en el curso de una dolencia gástrica de aspecto clínico dudoso entre úlcera simple y cáncer ulcerado, se presenta alguna tumoración de caracteres cancerosos evidentes en órganos vecinos, en particular el hígado, decidirá el juicio, puesto que la ley de unidad morbosa obliga á establecer relaciones de causalidad entre una y otra, y á diagnosticar lo gástrico de cáncer primitivo y de difusión las manifestaciones secundarias.

Con la úlcera simple, secundariamente cancerosa.—La analogía

Digitized by Google

de los síntomas hace que el cáncer del estómago pueda ser fácilmente confundido con la úlcera simple, que por degeneración epitelial atípica de la neoformación inflamatória se convierte en cancerosa, á tal punto, que es casi siempre insegura, y no pocas veces imposible, la diferenciación.

Puede ser intentada y aun, en bastantes ocasiones, llevarse á cabo, por la comparación de los conmemorativos y los datos de análisis del recogido gástrico. Los síntomas de los cánceres primitivos, en efecto, son los mismos desde el comienzo al fin de la dolencia, mientras hay en la úlcera cancerosa dos etapas sintomáticas, bien apreciables las más de las veces: la primera, constituída exclusivamente por los signos de la úlcera simple; y la segunda, por los del cáncer, que suceden ó se yuxtaponen á los de la úlcera.

Difieren los datos de análisis, porque se puede apreciar si pudo ser hecho varias veces en el curso de la dolencia, que en el cáncer primitivo hay, desde el principio al fin, hipoclorhidria acentuada, y en el nacido sobre una úlcera, primero hiperclorhidria manifiesta y sólo después hipoclorhidria, que coincide con la segunda fase de síntomas cancerosos.

Con hipersecreción continuna ó enfermedad de Reichmann.— La hipersecreción continua ocasiona algunas veces desnutrición tan acentuada, que puede llevar á confundirla con el cáncer del estómago.

En la clínica pueden ocurrir dos casos: que haya tumor bien apreciable, con lo que la duda es imposible ó poco duradera, y que no exista ó no se perciba, y entonces se puede diferenciar de manera fácil y cierta relativamente, por los caracteres del dolor, los de los vómitos, los síntomas propios de cada dolencia y el curso.

El dolor en la hipersecreción tiene mayor intensidad, es discontinuo, de tipo claramente digestivo y paroxístico, presentándose invariablemente más ó menos tiempo después de las comidas, en particular de la cena, tras de la que aparecen los mayores accesos con cierta regularidad y constancia; alterna siempre con períodos en que cesa por completo, se alivia ó desaparece con el vómito; es difuso al epigastrio; no se acompaña de tumor y la presión no le suscita, ó lo hace muy ligeramente.

El vómito en la hipersecreción es siempre copioso, de sabor agrio, ácido y menos veces amargo, constituído por líquidos y escasos restos alimenticios, en particular hidrocarbonados, y por excepción albuminoídeos, cuyos fragmentos se devuelven hinchados y gelatinosos, en fase más ó menos avanzada de transformación digestiva; se presentan, sobre todo, por la noche, y calman por completo el dolor ó le alivian rápidamente. En el cáncer, en cambio, son escasos ó poco abundantes, de sabor soso ó insípido, y rara vez agrio; com-

Digitized by Google

puestos de líquidos pituitosos, con frecuencia de color oscuro posos como de café; pobre en alimentos, abundando más los al noídeos, tal como fueron ingeridos ó poco adelantados en su tión, aun cuando haga bastantes horas que fueron tomados; n momento preferente en su presentación, ni modifica la inte del dolor.

Puede ayudar á la diferenciación el contraste de los dem tomas; y así, frente á la anorexia precoz, intensa y electiva, normal, la regularidad de la exoneración del vientre, las poco abundantes y claras y la capacidad de estómago poco a tada de los cancerosos no pilóricos, presenta el hipersecretor a normal, y aun exagerado, sed viva, sobre todo nocturna, fr tes accesos de diarrea por la noche, orina turbia y lactesc aumento notorio y pronunciado de la capacidad gástrica.

Esta sólo se encuentra aumentada notablemente en los ca sos cuando la neoplasia es pilórica, pero entonces se diferenci hipersecreción por el tumor, fácil de percibir las más de las los demás síntomas del cáncer y el síndrome pilórico, evid bien manifiesto.

Difiere, además, en unos y otros enfermos el aspecto gene así, mientras el hipersecretor suele haber enflaquecido muy mente y estar como marchito, por tener la piel arrugada, lac brillo, con color terroso ó pálida, el canceroso suele estar al p pio, cuando la duda es posible, más descolorido que delgado, c vando la piel tersura y brillo; el enflaquecimiento y la pérdi fuerzas son muy rápidas en su acrecimiento; y más tarde ap el color amarillo terroso de la caquexia.

Y, por último, son distintos: el curso, continuo en el cáncer gularmente intermitente en la hipersecreción; la marcha, rápi la neoplasia y muy lenta en la gastrosucorrea; y la duración el cáncer es enfermedad de meses, y la hipersecreción dolenci dura siempre varios, y algunas veces bastantes, años.

Cáncer del duodeno.—Como el cáncer del duodeno es, por mún, anular, ocasiona el estrechamiento gradual del intestin sintomatología análoga al cáncer pilórico primitivo ó secundar aquí que sea con esta forma con la que casi exclusivamente ser confundido.

Los motivos de duda no son de igual grado en todos los cán duodenales. Las variedades de esta neoplasia que pueden o son tres: 1.ª, que asiente por encima de la ampolla de Vater (c supravateriano de Pic), en cuyo caso los síntomas son tan idé á los del piloro, que no hay posibilidad de diferenciarlos en cl y no cabe más distinción que por examen anatomo-patológico, operación ó en la autopsia; 2.ª, que se localice por debajo de l

Digitized by Google

embocadura del conducto colédoco (cáncer subvateriano), forma caracterizada por los signos de estenosis duodenal, con reflujo permanente al estómago de jugo pancreático y bilis, que tiñe de amarillo los vómitos y el agua de los lavados; y estreñimiento pertinaz con materias fecales más ó menos decoloradas, que contrastan con los síntomas del cáncer del píloro y permiten intentar su diferenciación; y 3ª, que la neoplasia se desarrolle en los alrededores de la ampolla de Vater (cáncer perivateriano), variedad de sintomatología mixta entre las dos anteriores, y más semejante á una ó á otra según estreche la luz intestinal por encima ó debajo de la carúncula, y de dificultades clínicas casi insuperables para su diferenciación del cáncer del píloro.

Cáncer del intestino grueso.—El cáncer del intestino grueso asienta generalmente en el ciego ó en los ángulos del colon, por lo que la situación del tumor es el primer dato diferencial, y hace por sí solo casi imposible confundirle con el cáncer gástrico, aun sin tener en cuenta los demás síntomas peculiares de cada uno.

Pero cuando radica, por excepción, en la parte media del colon transverso, puede dar lugar á dudas diagnósticas serias; siendo necesario apelar para diferenciarlos al contraste de sus cuadros sintomáticos, fundamentalmente gástrico en los de estómago, y claramente intestinal en los del colon.

Y así, mientras los cánceres del estómago son, por lo general, epigástricos, poco movibles, se acompañan con frecuencia de vómitos y hematemesis en forma de poso de café; anorexia intensa, precoz y electiva por las carnes, y relativa normalidad ó alteración inconstante y tardía de las funciones intestinales, los del colon se sitúan casi siempre más inferiormente ó en plena región umbilical, gozan de más movilidad, se acompañan de anorexia menos precoz y más general, normalidad de las funciones gástricas y alteración muy saliente de las intestinales; presentando en particular diarreas glerosas y sanguinolentas, cólicos frecuentes ó fenómenos de obstrucción localizados en el sitio de la neoplasia, que hace perceptibles la dilatación del segmento intestinal, situado inmediatamente por detrás del tumor, con retención de heces y gases.

Si estos datos no fueran suficientes para permitir efectuar la diferenciación, bastaría para conseguirla el examen del quimismo gástrico, normal ó muy tardíamente alterado en el cáncer del intestino, y profunda y precozmente trastornado en el del estómago.

Con el cáncer del páncreas.—La situación epigástrica y lo análogo de la fenomenología hacen muchas veces confundir el cáncer pancreático con el del estómago, sobre todo cuando está situado en el píloro. La diferenciación es siempre muy difícil y no puede ser precoz, porque cuando se lleva á cabo, la tumoración es ya bien

Digitized by Google

apreciable, y entonces la antigüedad del proceso quita preco al diagnóstico.

Se distinguen, de una parte, por la situación más profun cáncer pancreático, su inmovilidad, el tumor vesicular á que dar lugar por éxtasis biliar, con síndrome ictérico, orinas os ictericia y deposiciones más ó menos decoloradas, el de éxta la circulación porta que con frecuencia ocasiona, y la glicos desnutrición rapidísima de que las más de las veces se acom y de otra, por la normalidad de composición del recogido gá durante casi todo su curso; síntomas que contrastan con los puestos del cáncer del estómago.

Con el cáncer hepático.—Las dos variedades de cáncer he que se admiten, masivo y nodular (1), ofrecen muy distintas p lidades de ser confundidas con el cáncer del estómago, p aumento considerable y uniforme del volumen del hígado n mite tomarle por el cáncer gástrico, que nunca le origina; de que los cánceres nodulares sean los únicos que pueden su dudas.

En esta forma la distinción se puede establecer algunas porque su carácter secundario presta gran valor á la deter ción de que existía anteriormente en otro órgano otra neopla la misma naturaleza. Además, la tumoración es continua con gado al tacto y á la percusión, y el borde hepático se percibe de elevaciones rugosas ó cupuliformes ó nudosidades, las men ces solas, y las más agrupadas en forma de placa, constitu una masa mamelonada, acompañada, tres veces de cinco, de moderada, ictericia poco intensa, dolor continuo y violento; menos ocasiones, de dilatación de las venas abdominales su neas, tumefacción del bazo y albuminuria.

El sencillo dato de la inmovilidad absoluta de una tumo situada en el epigastrio, con movilidad bien apreciable del es go al tacto y, sobre todo, á la insuflación, permite las más de l ces afirmar, con grandes probabilidades de acierto, que no e trica, puesto que suelen conservarla siempre, menos cuand excepción, se adhiere á los órganos vecinos, complicación no si difícil de determinar por los síntomas correspondientes.

Pueden contribuir al diagnóstico la falta, en los hepáticos, tecedentes gástricos y alteraciones evidentes de la capacidad mismo del estómago, que, cuando se presentan, suelen hacer diamente y en muy distinto grado que en el cáncer del est

(1) Diagnóstico diferencial de los estados patológicos caracterizados funda mente por un aumento de volumen del hígado: Memoria, premiada en 1900 por la mia Médico-Quirúrgica Española.

Digitized by Google

Con el cáncer de la vesícula biliar.—El cáncer vesicular, en sus dos formas biliar y hepática, suele ocasionar muy escasos dolores, y con intensidad casi siempre menor de los que origina el gástrico.

La situación del tumor hace que sólo sean susceptibles, casi exclusivamente, de confundirse los situados en el píloro ó sus inmediaciones. Se pueden diferenciar por las alteraciones del quimismo propias del cáncer gástrico, su movilidad y situación más inferior y plenamente epigástrica, y por el síndrome pilórico, con dilatación notable del estómago, ondulaciones epigástricas y éxtasis alimenticio, por dificultades á la evacuación de su contenido; síntomas que faltan en el cáncer de la vejiga de la hiel.

En el cual se comprueban, en cambio, las más de las veces, los antecedentes de litiasis biliar con sus cólicos hepáticos, frecuentes ó lejanos, seguidos ó no de síndrome ictérico; y entre los síntomas, el aumento circunscrito de volumen hepático ó en forma de hipertrofia lisa y dura; la ligereza é inmovilidad de la tumoración, su situación menos epigástrica, más superior ó en la parte del hipocondrio que se conoce con el nombre de región cística, y la mayor lentitud del curso.

Con el aneurisma celíaco y aórtico.—El asiento epigástrico, y menos veces el dolor por su mayor intensidad que le es común, pueden hacer confundir el aneurisma celíaco y de la primera porción de la aorta abdominal con el cáncer del estómago. No debe servir para diferenciarles la igualdad y lisura de su superficie y la menor consistencia y uniformidad de la tumoración aneurismática, porque, aun cuando contrastan con el aspecto abollado y la mayor é igual consistencia del cáncer, han de ser apreciadas por palpación, y la sola sospecha de aneurisma la contraindica, ó autoriza sólo á efectuarla con tal parsimonia que no consiente valor incontestable á sus datos.

La diferenciación ha de hacerse por el latido propio, el estremecimiento vibratorio, los movimientos de expansión isócronos con el pulso; los soplos, simple y sistólico ó doble, sistólico-diastólico, el doble soplo crural, y la hipertrofia bien apreciable del ventrículo izquierdo, que caracterizan el aneurisma y permiten clínicamente su determinación.

HIPOCLORHIDRIA

La hipoclorhidria es, de todos los trastornos secretorios del estómago, la forma menos conocida y peor caracterizada en clínica, al extremo de pasar completamente desapercibida con mucha frecuencia, por no ofrecer síntoma alguno de su existencia ó revestir el aspecto morboso de otro proceso, con particularidad el vago y poco

Digitized by Google

preciso de la miastenia gástrica. No pocas veces, sin embar manifiesta de modo más claro y completo, por diversos tras dispépticos, de tipo horario digestivo, acompañados de dolor.

Los caracteres de éste son por lo común poco precisos; la de las veces es difuso al epigastrio, de poca ó mediana intens constituído por sensaciones vagas, que se irradian rara ve regiones vecinas. Generalmente aparece dos ó tres horas desp las comidas principales, tiene escasa duración, siendo la me una á tres horas, y se acompaña de peso y plenitud gástr aguas de boca sosas, y más raramente de vómitos, sin dar nunca ni originar, por excepción, ácidos, agrios, ni pirosis. L lestias de peso é inflazón se presentan con más constancia d de las comidas algo copiosas, y el dolor suele hacerlo excl mente detrás de la principal ó del mediodía, menos veces sól pués de la cena y nunca en ayunas. Se consideran como constantes: que no se alivie con los alcalinos ni se exacerbe uso de alimentos toscos, ácidos, alcalinos ni estimulantes.

Cuando existen vómitos se presentan por lo general ba tiempo después de las comidas, son poco copiosos y están tuídos por líquidos y alimentos sin digerir ó poco adelantados quimificación, en especial los albuminoídeos, como las carnes pescados.

El apetito suele faltar ó estar notablemente disminuído, y frecuencia electivo por ácidos y ensaladas. Es raro el estreñim las más de las veces de forma espática; lo más general es la lidad del vientre y la facilidad y frecuente aparición de di persistentes. En las heces fecales es común expulsar trozos b sibles de alimentos sin digerir (lientería), en particular de hid bonados, como garbanzo y patata.

Es muy general que los hipoclorhídricos, á pesar del régi sin motivo que lo justifique, experimenten frecuentes indiges acompañadas menos veces de vómitos y las más seguidas d rreas.

Estos trastornos suelen presentarse, casi siempre, con man ciones neuropáticas múltiples, pocas veces sin relación con ni neurosis, como vértigos, pesadillas, ansiedad precordial, sen de fatiga, y las más secundarias y concomitantes con los neurastenia, y sobre todo á los de la histeria, por lo que su fr cia es mucho mayor en la mujer, ó coincidir con un estado g de anemia pronunciada con variadas y evidentes perturba menstruales, decoloración de la piel y mucosas, soplos nosohé inactividad física y neuralgias varias, en particular la inte izquierda.

Diferenciación.—El diagnóstico de los trastornos secretor

Digitized by Google

estómago no se puede llevar á cabo de manera absolutamente cierta sin el empleo de la sonda, para la investigación del quimismo gástrico, por análisis del recogido de la comida de prueba. Lo vago y poco característico del cuadro sintomático de la hipoclorhidria hace mayores las dificultades para su diferenciación clínica y más indispensable el empleo de este recurso, sin el que todo juicio no pasa de ser una suposición. Más frecuentes aún las formas latentes en la hipoclorhidria que en las demás gastropatías, no son diagnosticables por la falta de expresiones morbosas por que puedan ser determinadas; de aquí la seguridad con que pasa desapercibida cuando no suscita molestia alguna.

Y aun las formas comunes, más ricas en síntomas, se confunden frecuentemente con la hiperclorhidria, las gastritis, el cáncer del estómago y la histeria gástrica.

Con la hiperclorhidria.—La hiperclorhidria es menos veces latente que la hipoclorhidria, y se diferencia clínicamente por la mayor intensidad, constancia y duración del dolor, que se acompaña casi siempre de acedos, agrios y pirosis, y con frecuencia de aguas de boca ó abundante sialorrea, que se presentan en el momento de las mayores molestias y las calman ó coinciden con su alivio rápido; por la aparición, casi constante y regular, de sus molestias por las tardes, horas después de la comida del mediodía; su exacerbación y mayor violencia tras de las comidas abundantes repetidas; los alimentos toscos, los estimulantes, las especias, alcohólicos y gaseosos; su alivio por la leche y los albuminoídeos blandos, y su cesación rápida por la toma de dosis convenientes de alcalinos.

Por completo que sea el cuadro sintomático, la diferenciación exacta sólo puede efectuarse, sin embargo, por análisis de la comida de prueba, que muestra en la hipoclorhidria ser inferior á la normal la cifra de acidez clorhídrica y casi siempre la total, mientras es constantemente superior en la hiperclorhidria.

Con la gastritis crónica.—La gastritis crónica primitiva, y aun las secundarias de manifestaciones sintomáticas suficientes, son difíciles de diferenciar de la hipoclorhidria sólo por su aspecto clínico, y aun con investigación del quimismo la gastritis atrófica, por acompañarse de hipoclorhidria acentuada en casi todo su curso.

La diferenciación puede hacerse por la edad del sujeto, pues la gastritis es patrimonio casi exclusivo de los adultos, y la hipoclorhidria suele serlo de la juventud; por los antecedentes etílicos, ya que el alcoholismo es la causa más común de la inflamación crónica de la mucosa gástrica; por los vómitos matutinos pituitosos, *vomitium matutinum potatorum*, muy constantes y característicos en los gastríticos; por la falta casi absoluta ó completa de molestias digestivas

Digitized by Google

y su variedad ó escaso relieve en las gastritis; por la carenc
vómitos de alimentos sin digerir, de diarreas lientéricas ó in
tiones frecuentes, la pastosidad constante de la lengua, la inap
cia acentuada y progresiva, el mal gusto de boca continuo, la
la frecuencia de reflejos digestivos diversos, sobre todo malest
neral, vértigos, trastornos circulatorios periféricos y cardíaco
gustias y diarreas transitorias.

Y las diferencia el análisis químico, porque la acidez en la
clorhidria es inferior á la normal, mientras en la gastritis sue
normal, estar poco descendida ó aun haber hiperclorhidria; y se
prueba en el líquido recogido la existencia de gran cantidad de
que hace difícil y lenta su filtración, y coagula por el ácido ac

En cuanto á la gastritis atrófica, se distingue por la falta
tante y acentuada de pepsina y labzimógeno, que subsisten a
las hipoclorhidrias más acentuadas.

Con el cáncer gástrico.—Cuando hay tumor y es bien ap
ble, su existencia constituye la primera y más saliente dife
entre el cáncer del estómago y la hipoclorhidria, que no le pr
jamás.

Si no le hay ó no puede ser comprobado, la distinción se
hacer por los demás síntomas y, en especial, por la inapetenci
coz, intensa y electiva de los cancerosos por las carnes; sus
tos primero pituitosos, y luego frecuentemente acafetados, o
ó como mezclados con hollín; la debilitación pronta y consid
de la motricidad gástrica, los infartos ganglionares duros, abu
tes y rodadizos, frecuentes en las regiones inguinales y raros
supraclaviculares; la desnutrición acentuada y progresiva, c
coloración precoz, que contrasta muy notablemente con la c
vación de carnes y color de los hipoclorhídricos; el curso ráp
duración de meses y la abundancia de ácido láctico en el re
gástrico, de hipoclorhidria acentuada y progresiva, última p
laridad que no suele presentarse más que en los neoplásicos.

Con la histeria gástrica.—La frecuencia de la hiperclor
neuropática en las histéricas puede llevar á confundirla con l
nifestaciones particulares que se conocen con el nombre de h
gástrica.

Las diferencia la aparición brusca de estos trastornos, su
emocional; la falta de influencia sobre la nutrición, pues por
tentes que sean se mantiene florida las más de las veces; por
cas molestias que casi siempre originan, la frecuencia que se
paña ó alterna con vómitos ó diarreas nerviosas, y se alivia
ran rápidamente por sugestión. De otra parte, casi siempre
otros síntomas concomitantes de histerismo en el aparato dig
faltando rara vez anestesia faríngea; sensación pasajera d

Digitized by Google

que sube del vientre á la garganta con ahogo, y no pocas veces tendencia al desvanecimiento y pérdida de conocimiento; anorexia rebelde, apetito caprichoso ó pervertido, hambre nauseosa, ptialismo, pituita esofágica, muy rara vez hemorragia; vómitos pituitosos ó alimenticios, que aparecen con frecuencia inmediatamente después de las comidas, á continuación de penas ó emociones, acompañándose ó no de dolor gastrálgico algunas veces, y no pocas de timpanismo emocional, rápido, intenso y fugaz, seguido de eructos en salva.

Pudiendo, además, comprobarse normalidad ó alteración escasa del quimismo gástrico, que contrasta con la disminución constante y acentuada de la acidez en la hipoclorhidria, y los demás síntomas de la histeria.

Con la dispepsia neuro-motriz.—Por último, se diferencia de la hipoclorhidria la dispepsia neuro-motriz ó miastenia gástrica, por ser excepcionalísimo el dolor gástrico y más variables y múltiples que penosas y acentuadas sus molestias digestivas, siendo las más comunes la plenitud ó inflazón gástrica, con necesidad de desabrocharse después de las comidas, y las de peso ó malestar, conservándose íntegro el apetito, normal el vientre, ausentes los vómitos y florida, y aun no pocas veces progresiva y exuberante, la nutrición.

Es, además, casi constante que, coincidiendo con la digestión, se presenten muy varias manifestaciones reflejas, que llegan desde la simple angustia hasta la taquicardia y falsa angina de pecho; y es muy raro que falten diversos trastornos vasomotrices digestivos de este orden, en particular llamaradas al rostro, vértigos, tendencia al sueño é inactividad cerebral.

De otra parte, las más de las veces suelen comprobarse concomitando los síntomas de la neurastenia á que esta dispepsia es casi siempre secundaria; ya la cefalalgia occipital, ó en forma de placa ó casco, insomnio, pérdida parcial de la memoria, debilitación de la voluntad y astenia muscular, propios de la forma cerebral ó cerebrastenia; ya la raquialgia, dificultades para la progresión, temblores y debilitación genital de la medula, ó mielastenia.

El análisis del recogido gástrico permite hacer radical y completa la diferenciación, probando que hay disminución acentuada y permanente de la acidez clorhídrica en la hipoclorhidria, y completa normalidad ó variabilidad extrema y hasta alternancia en la dispepsia neuro-motriz.

La utilidad terapéutica de las diferenciaciones, que con ésta terminamos, hemos de verla al ocuparnos del tratamiento de los dolores gástricos.

Digitized by Google

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE RECLAMAN LAS GASTROPATÍAS

POR EL DR. JOSÉ GONZÁLEZ CAMPO

Médico, por oposición, de la Beneficencia municipal; C. de las Reales Academias de Medicina de Madrid y Zaragoza.

(CONTINUACIÓN)

B. — *Resultados de la gastroenterostomía.*

La primera modificación beneficiosa que conseguimos con esta intervención es el restablecimiento de la circulación de materiales del estómago al intestino. En los primeros años de la práctica de la gastroenterostomía se creía que con ella quedaba el estómago convertido en órgano de paso; que entraban en él los ingesta por el cardias, y salían acto continuo por el píloro de nueva formación; pero cuando se fueron reconociendo los enfermos al cabo de algún tiempo de operados, se vino en conocimiento de que esto casi nunca acontecía.

En efecto: si por cualquiera de los procedimientos de que para ello disponemos insuflamos el estómago, ó si ejecutamos su repleción con agua, veremos dibujarse sus contornos bajo la piel del abdomen, en prueba de que el orificio gastrointestinal de nueva formación es continente. Otro tanto ocurrirá si recogemos el contenido de la víscera algún tiempo después de la ingestión de una comida de prueba; casi siempre podremos dar salida por la sonda á una regular cantidad de quimo, lo cual viene á darnos la misma certidumbre.

Pero si el nuevo orificio es continente, lo es en condiciones que se aproximan á lo normal, por cuanto la retención, que solía existir antes de operar, en todos los casos, ya que la principal indicación de este recurso quirúrgico es la estenosis pilórica, y que alcanzaba proporciones considerables, ha desaparecido.

En cambio, no siempre desaparecen tan rápidamente las ondas de contracción peristáltica, apreciables á simple vista á través de la cubierta abdominal, y que eran signo casi patognomónico, en la medida que puede concederse hoy á esta denominación, de la estrechez del píloro. Nosotros la hemos visto persistir en diversas ocasiones, como expusimos en un trabajo hecho en colaboración del Dr. J. Bravo (21), y pensamos que acaso esta persistencia sea debida á la necesidad de que la contracción eliminadora sea de gran intensidad.

Otro de los beneficios que esta intervención reporta en ocasiones es el de regularizarse con ella el quimismo del estómago; indudable-

Digitized by Google

mente se modifica en todos aquellos casos en los cuales los materiales alimenticios retenidos y los productos de su descomposición irritan mecánica y químicamente la mucosa, manteniendo una hipersecreción que, aunque aparentemente se sale de lo fisiológico, está dentro de las condiciones naturales. En efecto: si está en la actualidad perfectamente demostrado que en estado normal las glándulas clorhidropépticas segregan exclusivamente durante el período digestivo ó, lo que es lo mismo, mientras en el receptáculo gástrico existen substancias alimenticias, no deja de cumplirse este acto cuando existe retención, porque entonces los ingesta permanecen allí indefinidamente, por lo que el período digestivo no termina, sólo es continuo en vez de intermitente, participando de esta alteración en el tiempo la función secretora. En tanto que no se agota el poder secretor que preside á la formación del ácido clorhídrico, de la pepsina y del cuajo, estas substancias existen en proporción mayor de la normal; cuando ya estos productos se segregan con dificultad, por agotamiento, por verdadero cansancio ó alteración de las células que los engendran, la proporción se invierte.

Si la hiperclorhidria existía antes de practicar la operación, al dar descanso al órgano, facilitando su evacuación, cesa la acción estimulante del contenido y la hiperpepsia se modifica. Otro tanto ocurre en el caso opuesto: el descanso permite que los elementos glandulares, aún no destruídos, sino sólo agobiados por la continuidad del esfuerzo secretor, normalicen su función, siendo esta la causa de que tienda á restablecerse el tipo químico del segregado del estómago después de la intervención que nos está ocupando. Sin embargo, esta regularización ni es constante, ni cuando existe es inmediata al acto operatorio.

Nosotros hemos visto varios enfermos en los que persistía la hiperclorhidria preoperatoria mucho tiempo después de haberles operado, así como otros hiperclorhídricos en que, acaso por haberse determinado una verdadera atrofia de los elementos nobles de la mucosa, lo que impropiamente Einhorn (22) denomina aquilia gástrica, no se normalizó el quimismo.

Es pública nuestra idea (23) de que la hiperclorhidria no es lo que se ha venido creyendo, sino un estado particular de hiperexcitabilidad de la mucosa del estómago para el ácido clorhídrico, cualquiera que sea su proporción, y de que el estómago de cada individuo segrega un jugo de acidez siempre idéntica, alta ó baja, pero normal en él, por estar para ella regulado, y esto podría explicar fácilmente la persistencia de la hiperclorhidria. Dejamos dicho que la vuelta á la normalidad del quimismo gástrico muchas veces, cuando se consigue, tarda algún tiempo en verificarse, y de ello tenemos varias observaciones: parece como que las glándulas se van

Digitized by Google

rehaciendo paulatinamente del insulto sufrido durante largo tiempo por el hecho patológico.

En las ocasiones en que la hipoclorhidria se acompaña de producción de ácidos orgánicos por fermentación, el quimismo también mejora con la gastroenterostomía, porque, restándose un importante motivo de esas fermentaciones al suprimir la retención, los ácidos láctico, acético, butírico y grasos dejan de engendrarse.

Otro de los beneficios que la operación reporta es el de disminuir la dilatación; esta disminución no es completa; es decir, el órgano jamás recobra sus primitivas dimensiones, pero poco á poco se reduce bastante. Se comprende con facilidad que si existen adherencias del estómago á los órganos vecinos, y estas adherencias no se han desprendido en el curso de la intervención, crean un serio obstáculo á la disminución de volumen de la víscera gástrica.

GASTRODUODENOSTOMÍA

Recomendada y llevada á la práctica por Jaboulay (24) esta operación, que consiste en la anastomosis de la cara anterior del estómago con la segunda porción del duodeno, con ó sin botón de Murphy, no se diferencia esencialmente en su técnica ni en sus resultados de la gastroyeyunostomía, por lo que nos creemos relevados de insistir en ella.

Unicamente diremos que en general, y salvo indicaciones especiales, se preferirá anastomosar el estómago con el yeyuno, pues la unión de aquel órgano con el duodeno tiene el inconveniente de la poca movilidad de que goza este tramo intestinal, y de que por su proximidad al píloro, si la indicación operatoria surge de un proceso invasor, puede afectarse rápidamente el punto en que se comunican ambos órganos, cosa que no acontece si la anastomosis se realiza á mayor distancia.

II

GASTRECTOMÍA

Estriba ésta en la extirpación más ó menos completa del estómago, con el objeto de separar del organismo porciones de tejido que constituyen un peligro para la totalidad, por la tendencia progresivamente invasora de la alteración de que son asiento.

Hace algunos años se estaba tan lejos de creer en la posibilidad de esta intervención, que, según Lefort dice en su obra, publicada en 1878, solía burlarse de la credulidad de algún colega novel ó de algún alumno refiriéndole que cualquier cirujano de los que gozaban fama de atrevidos había extirpado recientemente un *píloro can-*

Digitized by Google

ceroso. Sin embargo, ya en 1810 Merrem (25) había hecho en perros pilorectomías que no dieron resultado.

La experimentación en animales ha demostrado modernamente la posibilidad de que la vida se conserve y la salud no se resienta después de extirpado el estómago en totalidad. El intestino se basta ordinariamente para suplir la función de la cavidad que le antecede, ya que se sabe que el páncreas, además de su peculiar secreción interna, elabora, para enviarlo al intestino, un jugo dotado, por lo menos, de tres fermentos, uno de los cuales suple por entero la falta de la pepsina. En estado normal, las grasas apenas se metamorfosean en el estómago; los hidratos de carbono, que empiezan á transformarse en la boca, merced á la ptialina de la saliva, y que continúan su evolución digestiva en el estómago mientras su contenido no es ácido, cesan en esa evolución en cuanto el medio se acidifica; según los trabajos de Pavlow (26), confirmados por nosotros, que tanto han esclarecido el estudio de la digestión, así gástrica como intestinal, la producción de jugo estomacal comienza con la masticación, primer acto digestivo que da lugar á la secreción que el fisiólogo de Petersburgo llama psíquica pura; pero como en los primeros momentos de la ingestión el ácido producido no es suficiente para acidificar toda la masa alimenticia deglutida, aún puede continuar en el estómago su obra la ptialina hasta que el segregado es suficiente para trocar en ácida toda la pulpa almacenada en el órgano de la quimificación. En este instante la evolución digestiva de los feculentos se interrumpe, sin haber pasado de la producción de eritrodextrina, para reanudarse en el medio alcalino intestinal, merced al fermento amilolítico del jugo pancreático, que es el que entonces da lugar á la formación de acrodextrina, maltodextrina, maltosa y, finalmente, de glucosa. Cuando estos productos finales de digestión de los cuerpos ternarios se encuentran en el estómago, de no existir regurgitación que los haga ascender del intestino, se han producido por ser poco ácida, neutra ó, lo que es más raro, alcalina la reacción del contenido gástrico.

Los albuminoides se transforman en peptona en el estómago siempre que la pepsina ó, por mejor decir, su enzima el pepsinógeno se produce en condiciones de normalidad. Rara vez este fermento deja de segregarse, porque para ello se necesita la destrucción total ó punto menos de los elementos secretores de la mucosa gástrica, de sus glándulas productoras de pepsinógeno, ya que basta una mínima porción de mucosa sana ó, lo que es igual, de fermento para peptonizar, si el medio es suficientemente ácido (por el clorhídrico ó por los orgánicos, que dan lugar á la formación de ácidos clorhidropéptico, lactopéptico, etc.), cantidades considerables de albuminoides. Pero cuando por padecerse las llamadas *anadenia ventriculi*, aqui-

Digitized by Google

lia gástrica, gastritis atrófica, etc., la secreción no se realiza, la salud puede no resentirse, porque el fermento proteolítico del páncreas se encarga de desempeñar esta función. Se resiente, sí, en los casos en que, carente el estómago de la debida motricidad, y no ingeridos los alimentos en la forma adecuada, que es la semilíquida, llegan al intestino en estado sólido, faltos de disgregación, irritando, estimulando mecánica y groseramente su mucosa é impidiendo qué las capas centrales de las partículas alimenticias sufran la acción del líquido intestinal.

Cuando se extirpa totalmente el estómago y se cuida de alimentar al sér que sufrió la extirpación con substancias que hayan sufrido la preparación necesaria para que lleguen al acto digestivo en la forma debida, el intestino se basta para desempeñar la digestión de todos los órdenes de alimentos.

En el perro fué hecha con buen resultado la pilorectomía en 1876 por Gussenbauer y Winiwarter (27), y la gastrectomía casi total en 1878 por Kaiser y Czerny (28), y el mismo año por nuestro compatriota Carvallo y por Pachon (29); decimos casi total, porque en este mamífero no puede ser completa, ya que por la especial disposición anatómica ha de dejarse una pequeña parte de órgano para poder suturar la capa muscular y la mucosa del cardias á las del píloro. En cambio en el gato la conformación del órgano permite resecarlo en totalidad, como lo demostraron los citados Carvallo y Pachon en 1894.

Después de varias tentativas infructuosas de extirpación total del estómago en la especie humana y de otras seguidas de éxito, que aunque se llamaron totales no lo fueron, se llega al notable caso de Schlatter, de Zurich, que logró practicarla en la clínica de Krönlein en 1897 (30), consiguiendo brillante resultado. Posteriormente se han llevado á cabo otras varias intervenciones análogas, demostrándose en el hombre la posibilidad de realizar lo que se había ya hecho en los animales.

La resección del estómago puede ser total y parcial. Hartmann y Terrier dividen la gastrectomía parcial en atípica si no se interrumpe la continuidad del tubo gástrico, y cilíndrica en el caso contrario, subdividiéndose ésta en pilórica, anular ó cardíaca, según interese el píloro, el cuerpo del órgano ó el cardias.

A.—*Pilorectomía.*

Lo que da carácter á la intervención y lo que sirve para diferenciar los procederes operatorios es sólo el modo de unir el estómago al intestino para restaurar la continuidad del tubo digestivo.

Anastomosis término-terminal ó procedimiento de Billroth (31).

Digitized by Google

—Después de resecada la porción pilórica, se abocan las secciones gástrica y duodenal, teniendo en cuenta el diferente diámetro de ambas. Si se ha resecado poco de parte del estómago, puede hacerse casi igual la longitud de las secciones dando oblicuidad á la duodenal; pero esto no puede hacerse siempre, necesitándose cerrar algún tanto la sección gástrica para aproximar su dimensión á la del duodeno.

Muchos procedimientos de incisión se han recomendado por diferentes cirujanos, al extremo de que casi no hay uno de nota que no haya ideado alguno; las incisiones perpendiculares y las oblicuas de Billroth, la oblicua oval de Wehr, las complejas de parte del estómago, de Wölfler y Rydygier, son las más conocidas, y no entramos en su técnica por no particularizar demasiado y porque pueden leerse en cualquiera de los tratados modernos.

Anastomosis término-lateral de Kocher (32).—Es una verdadera gastroenterostomía, y consiste en la implantación de la porción duodenal en un orificio que se abre en la cara anterior ó en la posterior del estómago. En este procedimiento conviene que la anastomosis recaiga en la pared gástrica posterior, porque haciendo el intestino menos tracción y quedando los órganos en situación más aproximada á la normal, se vacía la víscera con mayor facilidad. En esta operación, como en alguna de las anteriores, Kocher mismo, así como Péan, Kümmel y Carle, entre otros, recomiendan el empleo del botón de Murphy, que, á nuestro juicio, sólo debe emplearse cuando importe mucho la economía del tiempo invertido en la operación por mal estado del enfermo, y del cual botón debe procurar prescindir todo cirujano que tenga confianza en las suturas que practique.

Anastomosis lateral, segundo método de Billroth ó pilorectomía atípica (33).—Hecha la gastroenterostomía por el procedimiento de Wölfler, se separa el píloro del duodeno, cerrando este órgano por dos capas de sutura de Lembert; se reseca luego la porción del estómago que convenga, y se cierra esta víscera con sutura de Czerny y algunos puntos suplementarios de Lembert.

La pilorectomía con gastroenterostomía la han llevado á término Quénu, Tuholske, Lauenstein y algunos más, creyendo Doyen que es el procedimiento de elección. La anastomosis gastrointestinal suele hacerse después de la resección, porque procediendo á la inversa no sabemos generalmente la extensión de tejidos que han de sacrificarse, y porque al practicar ésta pueden ponerse en peligro, por las tracciones y movimientos indispensables, las suturas anastomóticas.

Esta manera de proceder ha sido adoptada por muchos cirujanos como la de elección; Hartmann y Kocher, así como von Hac-

Digitized by Google

ker, sólo la consideran de necesidad, utilizable cuando se ha de separar un trozo algo grande de duodeno.

Anastomosis término-gástrico-yeyunal con oclusión del duodeno. — Operación propuesta por v. Hacker (34) y empleada en contadas ocasiones, consiste, como lo indica su nombre, en la sutura de la línea de sección del duodeno, abocando la de sección del estómago á una abertura que se practica en el yeyuno. Ha sido utilizado muy pocas veces este procedimiento, como acabamos de indicar.

Pilorectomía en dos tiempos ó método de Tuholske (35).—Después de algún tiempo, meses en varios casos, de practicada la gastroenterostomía, se reseca el píloro; esto se hace cuando en el curso de la primera intervención se encuentra algo que justifica la resección parcial del estómago, y el enfermo carece, por el momento, de resistencia para soportarla sin grave riesgo.

B.—*Gastrectomía cilíndrica parcial.*

Esta operación, que consiste en resecar un manguito del cuerpo del estómago, ha sido practicada raras veces, porque el conflicto patológico suele solventarse mediante resección de un trozo del cuerpo del estómago, muy limitado y en forma no cilíndrica, cuando se opera á tiempo, si se trata de una neoplasia, ó porque se acude tarde al cirujano y la extensión del proceso imposibilita el utilizar este recurso. Estriba, como acabamos de decir, en extirpar un anillo completo, más ó menos ancho, del cuerpo de la víscera, suturando los bordes resultantes y quedando el estómago reducido en su longitud.

Como quiera que una porción del órgano queda de mayor diámetro que la otra, se hace necesario para suturarlas cerrar un tanto la mayor hasta que venga á coincidir con la otra; así lo han hecho v. Hacker, Tuffier y Langenbuch; Hartmann ha resecado, además de lo necesario, otro anillo de tamaño suficiente para igualar los diámetros de las dos porciones de estómago que quedan; pero nos parece malo este proceder, por cuanto conviene aprovechar todo lo que del órgano se pueda, y no encontramos inconveniente en que quede una sutura en raqueta.

C.—*Cardiectomía.*

No sabemos de ningún operado que haya sobrevivido á esta intervención, grave por el riesgo que durante la operación se corre de seccionar los pneumogástricos yuxtapuestos al cardias, y por la dificultad, nacida de la situación anatómica, de suturar la terminación del esófago al cuerpo del estómago. Jiménez (36) dice, sin em-

Digitized by Google

bargo, que la región del cardias es perfectamente accesible, como lo prueba el caso de resección extensa del estómago operado por él, en el que pudo llegarse con relativa facilidad á dicha zona, así como el que investigaciones cadavéricas le permiten asegurar que en casos de cánceres altos puede abordarse esta región, por laparotomía lateral oblicua izquierda, con relativa amplitud de campo operatorio.

D.—*Gastrectomía total.*

Ya dejamos dicho que esta operación, teóricamente realizable y que lo fué de un modo práctico en los animales, se ha ejecutado bastantes veces en el hombre. La dificultad mayor que existe, una vez que se ha extirpado totalmente el estómago, estriba en suturar la porción terminal del esófago á la inicial del duodeno; para obviarla se ha recurrido por Schlatter á la anastomosis esófago-yeyunal, habiendo apelado Brooks Brigham al botón de Murphy para unir el esófago al duodeno sin sutura que reforzara la unión.

E.—*Gastrectomías parciales atípicas.*

Cuando la lesión que motiva el acto quirúrgico está circunscripta á una de las caras ó de las corvaduras del estómago, puede limitarse la intervención á resecar un trozo del órgano. La más fácil de realizar es la de la pared anterior; si se ha de resecar la posterior, se ha de hacer ésta accesible de manera análoga á la empleada en la gastroenterostomía posterior; creemos innecesario describir la técnica, que, como se comprende, es sencillísima. En las corvaduras se procede de un modo idéntico, siendo más factible la de la mayor.

F.—*Funcionamiento del estómago después de la gastrectomía.*

Privado el organismo del reservorio en que por algunas horas se depositan los alimentos para que dé comienzo su digestión (ya que la que sufren en la boca tiene escaso valor), no es necesario que expongamos la necesidad en que el individuo gastrectomizado totalmente se encuentra de ingerir poca cantidad de alimentos de una vez, y de repetir la ingestión con relativa frecuencia para suministrar á la economía los elementos indispensables á su nutrición. Pero como quiera que una observación de Ribera ha confirmado lo previsto por Hartmann y Terrier acerca de la formación de una bolsa, que recuerda el extirpado estómago, entre el esófago y el intestino, sucede que, con el transcurso del tiempo, pueden los gastrectomizados almacenar alguna mayor cantidad de substancias alimenticias. A la vez debemos suponer que los primeros tractus intestinales se aco-

Digitized by Google

modan á la nueva necesidad, por el hecho sabido de que la función crea al órgano, dilatándose y sirviendo de reservorio á los ingesta.

Aunque raros los vómitos pueden existir, comprobándose con ellos el dato de que no es indispensable la intervención del estómago para su producción, como lo demostró anteriormente el vómito determinado en animales en los cuales se había sustituído el órgano por una vejiga.

El examen de las heces fecales demuestra que los alimentos proteicos, los ternarios y los grasos se absorben, cosa que un poco más groseramente se averigua por simple inspección del enfermo, reveladora de la mejoría nutritiva. En las orinas sólo se ha encontrado de especial una disminución de los cloruros.

El peso del cuerpo aumenta considerablemente, demostrando que la nutrición es perfecta, y los pacientes pueden trabajar si se alimentan en las debidas condiciones.

Cuando la gastrectomía ha sido parcial y limitada al píloro, el estómago retiene, de una manera semejante á lo que acontece después de la gastroenterostomía, como se demuestra mediante insuflación, ó por introducción de la sonda cuando á este acto ha precedido una comida ordinaria ó de prueba. Aún no sabemos con certeza el por qué de esta retención que se aproxima á la normal, si bien es frecuente que sea algo menor; para explicarla se han invocado diferentes factores, pero tal extremo está todavía por aclarar.

La secreción no se influye por esta operación; el tipo químico precedente se mantiene con escasas modificaciones, salvo en lo relacionado con la alteración que podemos llamar artificial, y que depende de la estenosis, si existía, y de la que ya nos hemos ocupado al tratar de la gastroenterostomía.

La causa de la persistencia del quimismo que se encontró antes del acto operatorio estriba en que las lesiones glandulares á las cuales se debe no son de las que pueden retrogradar; y si el enfermo cura de la lesión que directamente indicó la intervención, no logra verse libre de las de índole catarral, producidas secundariamente por ésta, y que, de ordinario, no se traducen por otro signo ostensible más que el recogido por el análisis.

III

GASTROTOMÍA

Después de lo expuesto, que hace relación á lo más interesante de la cirugía gástrica, hemos de ocuparnos en el estudio de otras intervenciones que las gastropatías pueden reclamar, empezando por la más sencilla, que es la gastrotomía.

Digitized by Google

Consiste esta operación en la momentánea abertura del estómago, con un determinado fin terapéutico.

Es la más antigua de las intervenciones que se han llevado á cabo en el estómago, y por cierto que la primera vez que se practicó fué seguida de éxito completo, á pesar de la escasez de recursos quirúrgicos disponibles en aquella época. Alboreaba la decimoséptima centuria cuando Florián Matthis la ejecutó en Praga, en un campesino bohemio que solía deglutir líquidos teniendo en la faringe un cuchillito; un día, durante las fiestas de Pascua del año de 1602, tragó por descuido el arma, que Matthis extrajo siete semanas después por gastrotomía, devolviendo al temerario la salud.

Para incindir el epigastrio se han recomendado diferentes líneas, pareciéndonos la mejor la media; se busca el estómago por debajo del borde hepático, que es un buen punto de referencia, después de penetrar en la cavidad peritoneal, y se saca al exterior; es fácil de reconocer por su color, así como no cuesta trabajo diferenciarlo del colon transverso, por la falta de abolladuras y por la dirección de sus vasos. No siendo necesario practicar la gastropexia, que recomendó Labbé para evitar el derrame del contenido, basta con fijarlo con pinzas ó, mejor, con los dedos de un ayudante, y se le incinde, teniéndolo aislado por compresas, cogiendo con pinzas la mucosa, que tiende á desprenderse y ocultarse; se extrae el cuerpo extraño, ó se ejecuta la maniobra que indicó la intervención, y se sutura el órgano capa por capa.

El enfermo se restablece pronto, y es de regla que la curación absoluta y total se consiga.

IV

GASTROSTOMÍA

Estriba en la formación de una fístula ó boca gástrica, que tiene por objeto hacer posible la introducción de alimentos en aquellos individuos que padecen una lesión faríngea ó esofágica que impide la alimentación bucal, ó abrir camino para dilatar el píloro, y más comúnmente el esófago de abajo á arriba, cuando no puede hacerse en la contraria dirección.

Estudiada teóricamente y realizada en animales mucho antes de que se practicase en la especie humana, fué propuesta por Pétel en 1847 á la Sociedad Médica de Cambrai, para remediar una estenosis esofágica, y desechada por los consultados, que consintieron la muerte del enfermo por inedia.

Hecha por Sedillot en 1849 y en 1853, sin éxito, no se obtuvo resultado beneficioso hasta 1875, en que la llevó á término Sydney Jones (37).

Digitized by Google

Se han ideado multitud de procederes de ejecución de la gastrostomía, á los que sumariamente pasaremos revista.

Método de Verneuil (38). — A dos centímetros del reborde costal izquierdo se incinde la piel en extensión de cinco, terminando á nivel de una línea horizontal que uniese los extremos de las novenas costillas; abierta capa por capa la pared abdominal, y seccionado el peritoneo, se busca el estómago, como dijimos al hablar de la gastrotomía. Se sujeta con pinzas y se atraviesa con dos agujas de acupuntura, paralelas ó cruzadas; se sutura con hilo de plata la pared de la víscera á la abdominal, abriendo aquélla en la extensión de un centímetro, después de retirar las agujas. En esta abertura se introduce un tubo de goma, fijándolo con hilo de plata á los bordes; tapada la sonda se coloca el apósito, y doce días más tarde se quitan los puntos de plata, ó se espera á que se desprendan. Como la fístula se va progresivamente agrandando, es necesario introducir de cada vez sondas más gruesas. Siendo muy susceptible de infectarse el peritoneo por derrame en la cavidad de la serosa de los materiales gástricos, ni este método ni las ligeras modificaciones que se le hicieron, entre las que se cuenta la de Volkmann, llamada de Trendelenburg, han sobrevivido.

Método de Howse (39).—Es éste el primero de los procedimientos de gastrostomía en dos tiempos: para practicarle, se incinde un poco á la izquierda y por debajo del apéndice xifoides, paralelamente al reborde costal, y llegando al estómago como en el método de Verneuil, se fija por dos círculos de suturas. Al cabo de cinco días, en medio de la herida, con un tenotomo se abre el estómago y se introduce el tubo de goma; posteriormente el autor sustituyó la sutura por la aplicación de dos pinzas, que quitaba á los diez días.

Método de Terrier (40).—Hecha la incisión como en el procedimiento de Verneuil, se coge el estómago con los dedos, fijándolo á la pared del abdomen por seis ú ocho puntos de sutura con seda, dispuestos en U, y que comprendan las capas serosa y muscular de la víscera uniéndola á la serosa parietal; la porción de estómago que queda en el centro de la sutura se incinde en sentido paralelo al de la herida, haciendo sutura muco-cutánea. Hartmann, para que no se ensanchase la fístula, suprimió el tubo permanente, colocándolo sólo cuando el operado se ha de alimentar.

Método de Penières (41).—Abierto el vientre como en el anterior, se fija á la cara interna de la abertura el estómago en extensión de 6 × 3 cm.; á las cuarenta y ocho horas, cuando ha sobrevenido la retracción de la serosa y de la capa muscular, se abre el estómago, constituyéndose una canal con la mucosa que no participa de tal retracción, y que separándose de la capa muscular se pliega hacia dentro.

Digitized by Google

Método de Fontan (42).—Se coge el estómago con pinza, fijando la base del cono que por tracción se forma á los bordes de la herida peritoneal, por unos cuantos puntos de sutura con crin; hecho esto, con la misma pinza se hunde el vértice del cono, suturando la serosa visceral de una pared de ese vértice á la de lo que constituía la base; soltando la pinza se sustituye con un bisturí que taladra el fondo, haciendo pasar por este orificio un tubo de goma.

Método de la Escuela de Lyon ó de Poncet (43).—Todavía recientemente esta Escuela recomienda la gastrostomía en dos tiempos, proceder generalmente desechado. Después de hacer una gastropexia, transcurridas varias semanas, con un tenotomo estrecho se abre el estómago, introduciendo un tubo de goma que al principio se deja permanentemente, sacándolo después y no dándole entrada sino cuando se ha de alimentar al paciente.

Método primitivo de v. Hacker (44).—Se abre el vientre 2 ó 3 cm. á la izquierda de la línea media, entre la segunda y la tercera intersecciones del músculo recto, se sutura el peritoneo á la piel y el estómago al peritoneo, dando algunos puntos gastrocutáneos. Unas veces se hace la operación en un solo tiempo y otras en dos; abierto el estómago, se introduce en él un tubo de doble pared, en el que, por insuflación, se forma una ampolla intra y otra extragástrica. Su mismo autor lo abandonó, sustituyéndolo por el que vamos á describir á continuación.

Método de Hahn (45).—Se fija el estómago en el octavo espacio intercostal; después, paralelamente al reborde de las costillas se incinde, haciendo otra incisión en el espacio citado, por el cual se saca, empujándolo desde la abertura inferior. Cerrada ésta, en la superior se hace sutura sero-serosa, si se opera en dos tiempos, y por planos si en solo uno.

Método de Witzel (46).—Con él empezó el empleo de los procedimientos que se denominan valvulares, por tender á la formación de una especie de válvula que se oponga al derrame por la fístula del contenido gástrico.

Se cogen dos pliegues en la pared abdominal y se suturan por sus bordes libres para formar un conducto oblicuo hacia abajo y á la izquierda, por donde pasa un tubo que penetra por la fístula que se abre en la parte inferior de ese conducto.

Método de Marwedel (47).—Se hace una incisión oblicua sobre el reborde costal, suturando con catgut el peritoneo á la piel, y se atrae el estómago, fijándolo del mismo modo; al día siguiente ó á las cuarenta y ocho horas se incinden las capas serosa y muscular de la víscera; la mucosa se abre transversalmente en la parte inferior de esta incisión, introduciendo un tubo en el estómago; con esto queda constituído un conducto en el espesor de las paredes del ór-

Digitized by Google

gano. Al cabo de cuatro días se extrae la sonda, que se vuelve á colocar cuando se dan alimentos al enfermo.

Método de Bronslaw Kader (48).—Incindida la piel y la aponeurosis en la dirección del reborde costal, á dos traveses de él se disocia verticalmente el músculo recto en extensión de unos 6 cm.; incindida la hoja posterior de su vaina y el peritoneo, se coge un pliegue gástrico que se sujeta fuera de la herida con pinzas, puntos ó con los dedos. En esta porción de estómago se hace un orificio por el que se pasa un tubo, poniendo á los lados de él dos puntos de Lembert; al anudar los hilos de estos puntos se forman dos pliegues serosos que dejan en su centro una canal de 2 cm. de anchura, quedando así formado á modo de un embudo perpendicular al estómago. De suerte que el conducto no es, como en el procedimiento de Witzel, paralelo á la pared gástrica, sino perpendicular á ella.

Método de Senn (49).—Se forma la válvula por inversión de la pared del estómago, hecha mediante puntos de Lembert.

Método de Savaneef (50).—Incindiendo la cubierta abdominal, como en la mayoría de los procedimientos descriptos, se coge el estómago suturándolo á la herida parietal. Por medio de otra incisión que se practica 4 cm. más afuera, se separan las partes blandas que quedan entre las dos de la costilla correspondiente, dejando así una especie de puente cutáneo. Sujetando el estómago á los bordes de esta segunda abertura se forma en ese sitio la fístula suturando la primera herida; queda constituído un conducto de 4 cm. que puede ser comprimido por el vendaje sobre el plano duro subyacente. Franck también practicó este método, ignorando que ya se hubiese utilizado. Kocher lo ha empleado igualmente, pero pasando el estómago á través de un ojal del músculo recto como en la gastrostomía de v. Hacker.

Segundo método de von Hacker (51).—Es una asociación de su primer modo de hacer y el de Witzel; se incinde la piel sobre la mitad del músculo recto, haciendo, á partir del reborde costal, una incisión de 8 cm.; disociando el músculo ábrese la hoja posterior de su vaina y el peritoneo; atraído el estómago, se coge la porción sobre la que se ha de abrir la fístula, aplicando sobre ella un compresor de Rydygier. Se abre entonces la víscera, pasando una sonda por la abertura y suturando por encima de ella dos pliegues de mucosa se fija el estómago al peritoneo parietal y á la vaina del músculo citado.

Segundo método de Kocher (52).—Es, también, combinación de su primero con el de Witzel. La incisión recae sobre la piel y la aponeurosis; ésta se separa del músculo con un instrumento romo hasta su borde interno, que se echa hacia afuera; se incinde entonces la

Digitized by Google

aponeurosis profunda y el peritoneo, sacando el estómago por esta abertura y suturándolo á la serosa y á la vaina del músculo. Entonces se abre la víscera, se coloca un tubo en su interior, y se crea un conducto mio-seroso como en el método de Witzel.

Método de Hartmann (53).—Adoptó la incisión media creyendo que da lugar á menos hemorragia que la lateral, que se une mejor y que por ella se alcanza más cómodamente el estómago, pero la abandonó pronto porque esta víscera y la piel se ponían en contacto, saliéndose el contenido; la sigue practicando, pero ahora crea un conducto largo rodeado de fibras musculares que dificulten la salida del jugo gástrico.

Para ello hace incisión vertical á dos y medio centímetros á la izquierda de la línea media, hasta el ombligo, que interesa piel, tejido celular y la hoja anterior de la vaina del músculo recto; retira el borde interno de la incisión para llegar á la hoja profunda, y la incinde, así como la serosa, sobre la línea media. Fija el estómago, á punto por encima sero-seroso, á los labios de la herida peritoneal, y disociando verticalmente dos hacecillos de fibras musculares, saca la víscera entre la cara profunda de la vaina y la parte interna del músculo; sutura las capas muscular y serosa á los bordes de la aponeurosis anterior, y abre el órgano haciendo sutura muco-cutánea. Pone luego tres capas de puntos: una suturando el peritoneo á la hoja posterior de la vaina muscular, otra en la hoja anterior de esta vaina, y una tercera cutánea.

Método de Bidwell (54). —Creyendo que las adherencias gástricas son perniciosas, sólo fija la víscera al peritoneo. Incinde verticalmente por debajo de la novena costilla izquierda, separa las fibras del músculo recto y abre la serosa, á la que une el estómago por 12 á 18 puntos de sutura en U, estrechando la herida exterior por una ó dos suturas. A los tres ó cuatro días abre el estómago con tenotomo, dilata con pinza la abertura, é introduce un tubo de goma.

Schwartz (55) ha empleado con buen resultado el mismo método, pero en una sola sesión.

Método de Poirier (56).—A un través de dedo del reborde costal izquierdo se incinde la piel y la capa muscular, abriendo el peritoneo en menor extensión que la de la herida exterior; se coge el estómago cerca del cardias y se atrae afuera en forma de cono que se fija, por cuatro puntos, á los labios de la herida; incindiendo en el vértice se ve en el fondo la mucosa, y se la taladra para introducir la sonda, suturando después la herida. A los ocho ó diez días se saca la sonda, para aplicarla exclusivamente cuando el enfermo se ha de alimentar.

Método de Depage (57).—Hace comunicar el estómago con el ex-

Digitized by Google

terior mediante una especie de esófago artificial; para cons
talla un colgajo en la cara anterior de la víscera invirtiéndol
arriba; cierra después la herida gástrica á punto por enci
continúa en el colgajo, haciendo que se aproximen sus bord
convertirlo en un pequeño conducto cuya extremidad distal
á la piel.

Método de Van Engelen.—Este cirujano presentó en 9 d
bre de 1904 á la Sociedad Clínica de los Hospitales de Brus
operado por el procedimiento siguiente: hecha incisión later
pared del vientre un poco por debajo del apéndice xifoides, s
el estómago y se fija la parte más cercana al cardias por
sero-serosa al peritoneo parietal; se perfora la víscera con el
cauterio, introduciendo una sonda de Nélaton en la perfor
suturando el músculo y la piel. Con este método queda una
continente y muy pequeña.

Vemos que hay dónde elegir en materia de procedimie
gastrostomía, pero suele ser suficiente alguno de los más s
siendo el de Terrier uno de los que, á nuestro juicio, pue
mejores resultados.

V

EXCLUSIÓN DEL PÍLORO

Consiste esta intervención en separar del conducto dige
porción pilórica del estómago, aislándola para que el quim
ponga en contacto de ella, por los peligros á que, en deter
casos, expone ese contacto.

En realidad la operación es mixta, pues necesariamente
de colocar fuera de función el píloro se ha de hacer una g
terostomía.

Doyen (58) fué quien por vez primera hizo esta operació
siones graves del duodeno para poner este órgano á cubi
paso por su interior del contenido gástrico.

Para llevar á cabo la exclusión del píloro es buen proce
el de Chauvel (59): incindida en longitud de 10 á 15 cm. l
del abdomen, entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbi
saca el estómago y se ejecuta una gastroenterostomía; de
algo lejos del píloro si se encuentra degenerado, se seccion
jeras el estómago entre dos pinzas elásticas, ligando prev
las arterias coronarias estomáquicas.

Se suturan los bordes de las dos porciones en que qued
do el estómago, á punto por encima, en dos planos, compre

Digitized by Google

el primero todas las túnicas y el segundo sola la serosa, para cubrir el anterior. Por entre las dos porciones se introduce el omento mayor en la cavidad posterior de los epiplones, dejando una porción que se extiende y sutura por delante del espacio que queda entre las superficies de sección, para dejar de este modo cerrada la citada cavidad epiploica.

Enfrente de las ventajas que Eiselsberg asigna á esta operación, nosotros la hemos encontrado siempre inconveniente. Así, además de prolongar mucho la gastroenterostomía, que es lo cardinal de la intervención, y de exponer á un acúmulo de los productos de secreción en la cavidad pilórica; si la estenosis de este orificio es completa, como temen con mucho motivo muchos cirujanos, entendemos que si lo que da la indicación operatoria es un carcinoma, es peor que todas las desventajas expuestas la imposibilidad que con la exclusión del píloro se crea á la eliminación de los productos cancerosos, que, si no irritan la restante mucosa digestiva, en cambio van, seguramente, á los linfáticos primero y á la sangre después, en totalidad, puesto que los demás caminos les están cerrados, aumentando la caquexia.

Entre los cirujanos españoles, Ortiz de la Torre es partidario de la exclusión del píloro, á la que no encuentra tantos inconvenientes (60).

VI

DILATACIÓN DEL PÍLORO

Esta intervención, que lleva el nombre de Loreta por ser el cirujano que la ha vulgarizado, fué realizada anteriormente mediante bujías por Richter y Hahn, aconsejando este último operador su ejecución á través de la pared gástrica.

La dilatación de Loreta (61) es digital, pasando los índices por una incisión que se practica con tijeras á 3 cm. del píloro, entre ambas corvaduras; introducidos los dedos en el píloro, con su cara palmar se hace dilatación lenta hasta ensanchar el orificio unos 8 cm. Se sutura en seguida el estómago y la herida abdominal.

Es demasiado ciego y brutal este procedimiento para adoptarle sin reparos; puede determinar graves hemorragias, roturas del órgano é infecciones de la serosa peritoneal, no siendo factible en todas las ocasiones y no evitando recidivas. Tenemos de esta intervención idéntico criterio que Hartmann y Terrier, que estiman debe abandonarse y pasar á la historia.

Digitized by Google

VII

PILOROPLASTIA

Tiene por fin devolver al píloro estrechado sus dimension
mitivas.

Realizada con intervalo de pocos meses por Heinecke y
licz (62), estriba en un ensanchamiento del orificio pilórico,
á la sutura transversal de una incisión longitudinal que rec
vez sobre el estómago y el duodeno.

Cualquiera que sea el sitio de abertura de la pared abd
una vez al descubierto el píloro, se practica en la cara a
gastro-duodenal una incisión de 5 á 6 centímetros entre las
vaduras; esta incisión no debe ser más extensa, porque la t
que la sutura sufre en su centro es, como fácilmente se comp
tanto mayor cuanto más larga sea la línea de sección. Abie
órganos, el dedo ó una sonda acanalada, introducidos en el
sirven de guía para desbridarle. Se cogen con los dedos ó co
chos los bordes de la herida, por su parte central, y se apro
suturando con seda ó catgut; queda así una sutura transver
rrando la herida longitudinal, con lo que el píloro gana ext
nariamente en calibre.

La piloroplastia no puede practicarse en todos los casos,
cuando el píloro está degenerado ó sus paredes constituidas
jido inodular, es muy friable, se desgarra fácilmente, y no h
nera de suturar en buenas condiciones. Si no existen estas c
tancias, que realmente contraindican en absoluto tal interv
da buenos resultados.

VIII

CARDIOPLASTIA

Estudiada por Bossi (63) en el cadáver y en el perro, la dil
cruenta del cardias no ha sido utilizada, que sepamos, en el
por las dificultades inherentes á la situación topográfica del
esófago-gástrico.

IX

GASTROPLEGADURA

Consiste la gastroplegadura ó gastrorrafia en hacer un
transversal en el estómago, mayor ó menor, según aconseje
mensiones del órgano, para reducirlo de volumen. El pliegue

Digitized by Google

en la pared anterior, constituyéndose á modo de un espolón, que queda en la cavidad de la víscera. Fué practicada por primera vez por Bircher (64).

Este cirujano, después de poner á descubierto el estómago, pasó treinta hilos, desde la corvadura menor á la mayor, en los extremos de su diámetro transverso, sin perforar la mucosa, tirando luego de ellos y deprimiendo con pinza el pliegue transversal resultante para que cayese hacia la cavidad gástrica. Otros operadores hacen varias series de suturas, con el objeto de que la unión sea más extensa; pero en lo fundamental no discrepan los procedimientos.

Como esta operación sólo está indicada en las grandes dilataciones gástricas en que no existe estenosis pilórica, las ocasiones de llevarla á cabo están muy restringidas.

X

GASTROPEXIA

Tiene por objeto la gastrofijación remediar la gastroptosis acentuada, que determina muchos trastornos. Ideada por Duret (65), se ejecuta descubriendo el estómago y elevándolo hasta colocarlo en su debida posición; entonces se suturan el píloro y la corvadura menor á la pared abdominal en extensión lo bastante amplia para que las adherencias sean firmes.

Como casi siempre á la gastroptosis acompaña el descenso del colon transverso, puede combinarse esta operación con la colopexia.

XI

GASTRO-GASTROSTOMÍA

Consiste esta intervención en establecer continuidad entre los dos compartimientos en que se halla dividido el estómago bilocular. Ideada por Wölfler (66), se reduce á la creación de una anastomosis entre las dos cavidades por un método análogo á los de gastro-enterostomia, en cuya descripción no estimamos necesario entrar.

XII

GASTROPLASTIA

Esta operación, aplicable también, como la anterior, al estómago en clepsidra ó reloj de arena, consiste en ejecutar, en el cuello que une ambas cavidades, el procedimiento de piloroplastia que dejamos

Digitized by Google

resumido. Así, pues, se reduce á incindir y suturar, en di
transversal á la incisión, el puente ó anillo que une la porci
díaca á la pilórica.

XIII

LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS

Las adherencias constituídas por tractus fibrosos se han d
rar mediante el procedimiento que recibe la denominación
trolisis, y que no es otra cosa sino la liberación del órgano,
de realizarse con el dedo, ó, si esto no es posible, con instru
romos, para evitar peligros.

Si las adherencias forman tumoraciones fibrosas, se hac
pensable su resección.

XIV

APÉNDICE

YEYUNOSTOMÍA

Operación ideada por Maydl (67), y que tiene por objeto
tir la alimentación de aquellos enfermos que, con graves
gástricas ó duodenales, no pueden ingerir por vía natural,
que no es realizable la gastroenterostomía ni ninguna otra in
ción sobre el estómago.

Consiste en la sección del yeyuno, abocando el extremo
á la piel del epigastrio, abierta, constituyéndose una especi
tula intestinal, y el aferente implantándole en el anterior,
hace en la gastroenterostomía en Y de Roux; el intestino
pues, en idéntica disposición á la que se le hace adquirir
gastroenteroanastomosis, con la diferencia de que, en lugar
bir los alimentos del estómago, los recibe directamente del e

Riche (68), en siete casos, hizo implantación láteral de
aferente en enfermos que padecían cáncer gástrico inoperab
teriormente, en un enfermo de Schwartz apeló á la yeyun
en Y, siguiendo la técnica de Maydl, observando en el paci
flujo biliar y alimenticio.

En julio de 1903 hizo Quénu (69) una yeyunostomía en
individuo afecto de gastritis ulcerosa rebelde á todos los tra
tos; no logró que el proceso se modificase ostensiblemente.

Tampoco fueron satisfactorios los resultados consegui
Tuffier y Hartmann (70). Walther practicó esta intervenció
canceroso muy debilitado, por cuya causa hizo anastomosis

Digitized by Google

con ojal muy chico, muriendo pronto el paciente por caquexia (71). Terrier dice que en los casos de caquexia debe recurrirse á la lateral, porque la en Y és larga y complicada. Léjars vió un caso semejante al de Walther, que murió también por caquexia progresiva.

La yeyunostomía es un recurso útil cuando el paso del quimo por el píloro está interceptado y alguna circunstancia impide la práctica de una gastroenterostomía, y guarda en lo esencial mucha analogía con la fístula gástrica que se crea para permitir la alimentación en los casos en que el esófago es infranqueable.

(Continuará.)

CRÍTICA RAZONADA DE LAS CAUSAS DE LAS FÍSTULAS URO-GENITALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO Y MEDIOS DE EVITARLAS

Por el Dr. Julio Larrú

Médico-farmacéutico; Tocólogo primero, por oposición, de la Beneficencia municipal de Madrid; ex-alumno interno, por oposición, de la Facultad de Medicina central; ex-médico de la Armada, por oposición; Director de Sanidad marítima, por oposición, etc., etc.

(CONTINUACIÓN)

Es de sentir no podamos dedicar al estudio de la rigidez del cuello toda la extensión que por su importancia merece; porque, después de la rigidez del periné, debe ser la causa más frecuente de fístula. La detención que origina en el parto; el posible descenso del segmento inferior; las fatales rasgaduras que origina, ya por la distocia en sí, ó ya por la intervención que exige; la rotura prematura de la bolsa; la contractura del segmento superior; la pérdida de aguas posteriores, etc., explican su funesta influencia. Entre estas posibles y perniciosas consecuencias, una de las más importantes, aparte de las rasgaduras, debe ser el descenso del segmento inferior, que predispone hasta al traumatismo de los uréteres (Skene). Sabido es que este descenso puede llegar á ser tan exagerado, que dicho segmento aparezca en la vulva. Su forma más frecuente, significada por Barnes (*Oper. obs.*, trad. fr., pág. 52), es el descenso de la parte ántero-inferior, que se confunde en este caso con el obstáculo que resulta de la infiltración del labio anterior. Debemos recordar el papel que asigna Barnes en el parto normal al juego de las que llama valvas uterina y perineal. La valva uterina, formada por el segmento ántero-inferior del cuello, rechaza la cabeza al periné posterior, dirigiéndola en la dirección del eje del estrecho superior. Cumplida su misión, asciende por delante de la cabeza y permite la acción de la valva perineal, que la dirige en sentido opuesto

Digitized by Google

hacia la abertura vulvar. Aunque no admitamos esta acción soluto, en el mecanismo normal, no es posible negar el impo papel del segmento inferior; ni tampoco, en este caso, el de l vas de Barnes. Si la valva anterior no puede retraerse por del cuello ó infiltración, compréndese el adelgazamiento, tira y compresión que ha de experimentar el *septum*, y, por ta influencia de este estado en la producción de la fístula.

Prescindiendo de la atresia y aglutinación del orificio ex sabemos las variadas formas que puede presentar, la que se l venido en llamar rigidez del cuello. Todo obstáculo que se á su dilatación, se denomina así; y de aquí la necesidad de dist en primer término, la rigidez verdadera de la falsa. Venía clásico dividir la rigidez verdadera en espasmódica, anatór patológica; pero modernamente se tiende á suprimir las vari espasmódica y anatómica (Hazard, París, 1902). La espasm porque el cuello carece de elementos contráctiles, puesto qu constituído por fibras elásticas y tejido conjuntivo; la anat porque si el cuello está modificado anatómicamente, es por escl tejido cicatricial ó neoplásico; es decir, es patológico. La considerada hasta ahora como espasmódica, depende de una i ción ó edema duro, originado por la contracción anómala d mento superior; la cual impide que la circulación del cuello s fique normalmente. Es de suponer además que la compresión i poderosamente como coadyuvante. Lo cierto es que en m muertas á consecuencia de rigidez funcional, no ha sido posi contrar la más mínima lesión y sí sólo la congestión é infilt mencionadas.

Interesante es ésta, como toda concepción patogenétic cuanto se refiere á la profilaxis de cualquier proceso; pero caso no modifica los medios aconsejados, pues, verifíquese la por espasmo de elementos contráctiles del cuello, ó por infilt consecutiva á la contractura del segmento superior, los anti módicos son los indicados.

Entre las seudo-rigideces obsérvase con relativa frec una forma del llamado retroceso del parto, negado sin raz Guerdjikoff (Th., Génova, 1905). Consiste, como sabemos, en l de estímulo del cuello, efecto de rotura prematura de la bolsa fecto de adaptación de la parte que se presenta. En estos c cuello se dilata hasta cinco ó seis centímetros, y si entonces viene la rotura, el segmento superior cae en inercia y el cu retrae hasta darnos la sensación de no borrado. A esta falsa r se refiere indudablemente Doleris cuando dice que la inercia ser su causa.

También es aparente la rigidez cuando la falta de dilataci

Digitized by Google

pende de adherencias de las membranas al orificio interno. Conocida es asimismo esa forma funesta, que se presenta en ocasiones cuando, en presentación de nalgas ó después de la versión, se verifican tracciones, ya intempestivas ó ya obligadas por procidencia de cordón ú otra causa. Es funesta, más que por lo que á nuestro asunto se refiere, por el peligro en que pone al feto y por los obstáculos que opone á la intervención; pues no sólo dificulta ó imposibilita las maniobras Budin, etc., sino que la basiotripsia que indica cuando el feto muere, es de las más difíciles y comprometidas; sobre todo cuando se verifica con decolación previa, por lo que nunca debemos verificar ésta sino en último extremo.

También es aparente la rigidez cuando depende de dilatación excesiva del útero. Aunque tal complicación no parece de nuestra incumbencia, sí lo es; porque la rotura prematura de membranas que indica, puede resultar contraproducente en caso de error.

Las formas que presenta la rigidez que llamaremos orgánica, dependen de las modificaciones anatómicas que aporta la edad, ó esa predisposición hereditaria, ostensible en el caso citado en la Soc. Obs. de France (20 Abril 1905), ó de existencia de tejido cicatricial, ya por procesos patológicos anteriores, ya por amputaciones ó cauterizaciones de cuello, cuyos efectos han sido significados por Schroeder, Emme, Pozzi, y Guibout (Th., París, 1905). Otras veces dependen de neoplasias, hiperplasias, edemas, ó de esa manifestación sifilítica, análoga á la glositis y estrechez de ano, que puede presentarse en esta infección y que, descrita por Fashoda, ha sido objeto de estudio especial por Ferouelle (Th., París, 1902).

Estas breves consideraciones nos demuestran la variabilidad de tratamientos que cada caso de rigidez exige, según su forma y hasta según el período de su desarrollo. Frecuentemente me ha sido dable observar (como sin duda habrán observado muchos) que en ese retroceso del parto por rotura prematura de la bolsa, permanece el cuello dilatable cierto tiempo; pero si persiste, sobreviene la verdadera rigidez, efecto indudable de compresiones. En los primeros momentos, si existe indicación de intervenir, no es necesaria maniobra alguna de dilatación; pero no así cuando el cuello se infiltra, sea por contracción anómala, por inercia ó por compresión.

Compréndese, pues, que el tratamiento de la rigidez sea tanto ó más complejo que su patogenia. Si depende de inercia por falta de reflejo cervical, el medio más lógico, y cuya indiscutible utilidad ha sido especialmente mencionada por Bergezio y tal vez exagerada por Mlle. Vallé, es el vendaje abdominal. También se concibe fácilmente las ventajas que reporta en este caso toda excitación del cuello, tal como la colocación, titilación ó tracción digital, la aplicación de una sonda de goma dentro del útero ó, mejor quizá, del

Digitized by Google

Kolpeurinter, globo de Tarnier, Barnes, Champetier, etc. Vé
caso en que la rigidez necesita estímulos, que tan perniciosos
otras formas. Si la falta de dilatación depende de adherencia
malas de las membranas al contorno del orificio interno, cla
que, una vez diagnosticadas, debemos proceder á su despega
mediante el dedo. Aunque no existan adherencias anormales,
holme ha demostrado, según Playfair (Asociación méd. ingl., 5
sión), que dicho desprendimiento activa los dolores, y Hamil
descrito un procedimiento digital y otro con sonda uterina,
cho objeto (Hyernaux: *Tr. de l'Art des accouchements*, 1866).

Cuando la rigidez tiene por causa contracciones anóma
segmento superior, dicho está que, prescindiendo de la embro
de extracto de belladona, tan alabada por Dubois, y, con
motivo, de la sangría y el emético, de que tanto abusaron lo
logos ingleses, están indicados los sedantes, opio, cloral, cloro
baños ó inyecciones calientes, etc.; pero la irregularidad ó co
tura, así como la inercia, rara vez es primitiva, por lo que n
deber esencial es investigar la causa y separarla si es posib
obstante, excepcionalmente, podemos ni debemos prescind
uso de los sedantes, ante todo el cloral ó cloroformo, ya por se
cil en ocasiones cumplir la indicación causal, ya porque se tr
úteros irritables que respondan á pequeñas causas con gr
efectos, ó ya, por último, para favorecer la intervención. E
rigidez orgánica, claro está que el empleo de los sedantes es
ciente; pero siempre es útil, aunque la dilatación artificial se im
cuando la Naturaleza se declara impotente ó cuando no pode
debemos esperar el tiempo que necesita para cumplir sus fine

Aparte de estas indicaciónes, el tratamiento obligado en t
gidez ó atresia más ó menos insuperable del cuello, es la dila
artificial. Quizá no exista en toda la obstétrica operatoria otra
vención más variable por todos conceptos. Facilísima é inoce
ocasiones, es en otras gravísima, presentando obstáculos ins
bles ó exponiendo á grandes peligros. Así se explica la dive
de medios recomendados y de éxitos y fracasos que todos
uno de ellos han producido. Lo que no se explica fácilmente
á la altura á que han llegado nuestros conocimientos en la m
se defiendan todavía sistemáticamente ciertos y determinad
cederes, con negación de toda lógica y de todo sentido clínic
debemos saber el origen de las dificultades y peligros que a
la dilatación extemporánea. Dependen, en primer término,
tado histológico del cuello; pero dependen también del perí
que nos vemos obligados á verificar la dilatación. Natural es
ner que ciertos estados patológicos, á la cabeza de los que fig
esclerose sifilítica, originan la inextensibilidad absoluta del

Digitized by Google

y su dilatación no pueda verificarse sin desbridamientos ó rasgaduras, siempre peligrosas por la extensión que han de tener y por la región que pueden atacar. Esto ocurre, aunque generalmente en menor escala, con la rigidez de ciertas primíparas viejas y con algunas cicatriciales ó neoplásicas. Pero con ser tan importantes las dificultades y peligros que estos estados acarrean, no lo son tanto, por su menor frecuencia, como los que lleva consigo la necesidad de dilatar el orificio interno. Cuando nos vemos obligados á verificar el parto prematuro artificial en una primípara vieja, en la cual la época del parto esté algo lejana, no sólo nos exponemos á un fracaso, sino posiblemente á un desastre; puesto que la dilatación manual será imposible ú ocasionará peligrosas rasgaduras; la instrumental las ocasionará fatalmente; y la cruenta, previstas. Casi fatalmente también estas lesiones, atacando el orificio interno y la porción supra-vaginal, producirán graves hemorragias; é interesando el peritoneo, las funestas consecuencias de toda lesión de esta serosa. Si, por el contrario, se trata de una multípara en la que, obligados á acelerar el parto metódicamente, éste no sólo ha empezado, sino que la dilatación es mayor de cuatro centímetros, es decir, cuando sólo tenemos que verificar la dilatación de la llamada *bocca uterina* por Cuzzi, cualquier proceder que empleemos no sólo resultará, sino que será inocente y fácil. La dilatación manual, ó mejor, la bimanual, no ofrecerá obstáculo alguno; y si la urgencia lo exige, las incisiones, ante todo las grandes á lo Dührssen, Cohen ó Krukemberg, son inocentes; porque suministran suficiente amplitud é interesan sólo la porción vaginal del cuello (Dührssen: *Vademecum*, traducción francesa, pág. 139). Cuando la dilatación no ha llegado á los cuatro centímetros, todo depende del estado de dilatabilidad del cuello; si éste es inextensible ó tiene lesiones de textura que aumentan su fragilidad, los peligros son análogos á los de la dilatación sin borradura previa; porque las rasgaduras ó incisiones atacarán el orificio interno. Natural es suponer influya también la forma de dilatación fisiológica, pues en las primíparas una dilatación de cuatro centímetros puede haber alejado ya la zona peligrosa, al paso que en la dilatación en capuchón de las multíparas, el orificio interno ocupa siempre una situación más central. En este caso con cuello flexible, así como las grandes incisiones han de ser peligrosas, la dilatación manual y tal vez la incruenta instrumental no irán acompañadas de grandes peligros. Por esto, repito, no comprendo cómo se aconsejan sistemáticamente ciertos y determinados medios.

Siquiera sea adelantando ideas, por lo que á la profilaxis de la intervención se refiere, creemos oportuno recordar aquí sumariamente los diversos procederes de dilatación. Los más prácticos é

Digitized by Google

inocuos, relativamente, parecen ser el manual y bimanual. S
versas modalidades consisten en el que pudiéramos llamar p
vo ó instintivo á lo Celso ó Guillemau (Obs. de Chir., 1649), ó
metódico de Harris (Soc. Obs. et Gyn., 13 Diciembre 1894), en
manuales; y el de Bonnaire (*Guide prat. de Méd.*, 1891, pág.
ó el que considero más práctico, de Kracheusky (*Roussk*
9 Abril 1905), entre los bimanuales. Prescindiendo de sus con
técnicas, recordaremos que el principal inconveniente del m
es no lograr suficiente dilatación, puesto que el tamaño del pu
inferior al de la cabeza á término; irrita, además, el cuello c
eminencias duras de los nudillos; desarrolla escasa fuerza
puede aprovechar la sensibilidad de la yema de los dedos; en
estriba principalmente, según Bonnaire, la ventaja del bim
Mediante esa sensibilidad apreciamos durante la intervención
sistencia y graduamos el esfuerzo; apreciamos asimismo todo
cipio de rasgadura y evitamos en lo posible su propagación.
aparte de otras ventajas, cuando se emplea como tratamiento
placenta previa (Bonnaire: *Presse Méd.*, 1897) hace del pro
bimanual el único medio de dilatación sensible y consciente. N
tante, todo el que haya empleado este proceder, sabe que no
mos contar en absoluto con esa sensibilidad y consciencia, p
fatiga que llega á producir las embota. Un inconveniente mu
portante, por lo que á nuestro asunto respecta, es la dilatación v
vaginal que exige. Es, además, de difícil y hasta imposible a
ción en muchas primíparas y rigideces patológicas, y dista m
de ser inocente, como lo demuestran los dos casos de Treub, e
se produjeron rasgaduras graves. Respecto á las pequeñas, so
frecuentes, como puede verse en las mismas observacione
Bonnaire (loc. cit.) (Chedeville: *Thèse Paris*, 1904). Sólo, pu
tacto operatorio, en relación con la resistencia que tengamo
vencer y la dilatación gradual anticipada de la vagina, si l
gencia no la impide, constituyen la profilaxis de la fístula en
concepto. Por eso mismo consideramos muy superior el proced
Kracheusky al de Bonnaire, si bien existen muchos entusiast
este proceder que aseguran son muy pocos los casos que se le
ten (T. H. Mairer: *Monat. f. geb...* 1903).

Los dilatadores hidrostáticos son inapreciables por la dilat
uniforme y gradual que producen; por constituir el estimulante
perfecto en las rigideces por inercia, y por obturar completam
evitando la pérdida de aguas posteriores. Son, por el contrari
suficientes en muchos casos; su colocación es difícil, y su expu
antes de poder producir el efecto, fácil; pueden dislocar la pr
tación, y predisponen como ningún otro medio á la contracció
anillo de Bandl. Entre los diversos modelos, Tarnier, Ba

Digitized by Google

Champetier, Broissard, el más sencillo, ó sea el Kolpeurinter de Braun, es objeto todavía de discusiones. Stroganoff (*Centr. f. Gin.*, 1902) dice de él que además de dislocar la presentación y ser de colocación difícil, predispone á las embolias gaseosas. Mironoff lo considera como vector de la infección; aserto negado por Jacoub y Remy. El mismo Barnes, defensor de su modelo, no prescinde de otros medios de dilatación.

Los dilatadores metálicos más usados son el de Tarnier y el de Bossi. Prescindiendo de las ventajas que pueden reportar las bujías Hegar ú otro dilatador ginecológico, en el tiempo preliminar de la dilatación manual, la dilatación incruenta instrumental presenta también indiscutibles ventajas; pero lleva consigo peligros indudables, á pesar de los asertos de los entusiastas admiradores del dilatador Bossi. A juzgar por la comunicación de Montuoro en el IX Congreso de la Soc. Italª de Obs. y Gin., 1903, los resultados obtenidos por el dilatador Bossi en la dilatación extemporánea independiente de todo trabajo son muy brillantes. Así lo atestiguan 150 observaciones de Leopold, Balantyne, Keller, Ostreil, etc.; y si tales resultados se obtienen en la dilatación extemporánea, fácil es suponer qué superiores han de ser los que se obtengan en pleno trabajo. De Paoli llega á considerar la dilatación con el Bossi como intervención fácil é inocente. Por el contrario, varios tocólogos, entre ellos Ivon y Bardeleben (*Arch. f. Gyn.*, 1904), afirman que tal dilatación va seguida, no sólo de rasgaduras más ó menos extensas, sino, como consecuencias lejanas, se observan, con frecuencia, parametritis, dolores en el hipogastrio, subinvolución, ectropión, menorragias, aborto, etc. Bossi ha presentado en la Soc. obs. de France (Abril 1905) el último modelo de su dilatador, que ha modificado en la disposición de sus ramas y en el mecanismo para separarlas. Aconseja que la dilatación se verifique muy paulatinamente y en el intervalo de las contracciones. Esto demuestra que el mismo Bossi aprecia sus peligros; por lo que no sería extraño fuere preferible todavía empezar la dilatación con cualquier dilatador ginecológico y terminarla con el Tarnier, que, por lo menos, tiene las ventajas de ofrecer una superficie dilatante más curvilínea y ser mucho más barato. Cualquiera que se emplee, es de suponer que esta dilatación ha de ser muy expuesta cuando no se procede con gran parsimonia ó existen lesiones de textura. Aun así, cuando el cuello no está borrado, es la única que podemos y debemos emplear, si la bimanual ha fracasado, ó no es aplicable por atresia vaginal, puesto que, en caso de estrechez cervical, la cesárea origina una mortalidad de 46,8 por 100, al paso que esta dilatación sólo el 14,28 por 100 (Pollak: *Monasch. f. Geb.*, 1904).

Nada debemos añadir á lo ya manifestado respecto á la dilatación cruenta: sólo, sí, por lo que nos incumbe, que, sean grandes ó

Digitized by Google

pequeñas las incisiones, han de respetar gran parte del seg
anterior; por lo que la más elemental profilaxis en este sentid
impone el consejo de Potoki, que preconiza las dos grandes i
nes laterales, recomendadas ya por Smellie y P. Dubois. D
modo, aunque se prolonguen, generalmente resultarán sub
neales y, claro está, respetarán el *septum*.

Una modalidad de la dilatación cruenta es la llamada c
vaginal á lo Dührssen ó, con más justicia, á lo Rühl, puesto q
te autor la practicó en 1895, y Dührssen en 1896 (*Centr. f.*
1903, pág. 300). Se encuentra indicada en la rigidez insuperal
cuello y en los obstáculos que puede acarrear la histeropex
ginal. Se presta á análogas consideraciones respecto á n
asunto.

Entre los obstáculos que el cuello puede originar al parto,
mos mencionar su orientación viciosa, que puede dar lugar á
lación sacciforme, admitida por Depaul y negada por Varni
modalidad patológica posterior, descrita por Muller, puede d
el parto largo tiempo; los tejidos se adelgazan y reblandec
septum se disloca y el cuello se rasga al paso de la cabeza (B
Los obstáculos que puede ofrecer son tales, que en un caso d
obligó á practicar una craneotomía. Su tratamiento consiste e
modalidad de la dilatación análoga á la de Kracheusky, pero
moslo así, invertida. En caso de fracasar, se imponen las inci
que de hecho recomendaba Depaul, y que tan funestos resu
dieron en su célebre caso. No debemos olvidar el prudente c
de Velpeau (Monlau: *Elems. de Obs.*, pág. 557), quien vió la
parte de las veces resolverse el conflicto sin los auxilios del a

En la hipertrofia del cuello, así como en el edema, que ta
se acompaña de dificultades en la dilatación, es indispensab
pezar por la manual, la que, resultando generalmente en el e
se dice que fracasa generalmente también en la hipertrofia. E
siones, como en el caso de Bumm, se verifica el parto espon
mente, al paso que en otros, como en el de Da Costa Duarte,
ponè la cérvico-histerotomía. En el caso de Breisky se neces
incisiones profundas, amputación del labio anterior, y cran
tia. Modernamente ha indicado Seitz (*Centr. Bl. f. Gyn.*) la i
cia que tiene la coprostasis en el desarrollo del edema del
por lo que, por esta y por otras muchas razones, debemos
atentamente en este sentido á las embarazadas.

Merece especial mención la infiltración del labio anterior,
por su frecuencia, cuanto por el obstáculo que origina, por e
que produce, por la defectuosa vitalidad que acarrea, por la
dad de emplear oportunamente el tratamiento, y por los pelig
la intervención. Esta complicación origina un obstáculo aná

Digitized by Google

descenso del segmento inferior, con el cual debe frecuentemente ir unido; el dolor que produce da lugar á una inercia análoga á la descrita por Fritsch en la hiperestesia perineal; y cuando no se reduce á tiempo y precisa una aplicación de forceps, es relativamente frecuente desgarrar y desprender el labio anterior.

Si la detención se verifica, efecto de la inercia, ante el temor del dolor, claro está que su mejor tratamiento es la anestesia; debiendo recordar las ventajas que en este y otros casos obstétricos reporta el cloruro de etilo. Si constituye obstáculo mecánico, y el cuello desciende y se infiltra gradualmente, Barnes aconsejaba aplicar la palanca á modo de calzador; pero excusamos decir los peligros que debe tener tal intervención; por lo que, previas malaxaciones, debemos procurar reducirle lo antes posible manualmente, sosteniéndole durante la contracción (Hergott: *Bull. gén. de Ther.*, 1892).

Debemos recordar que la infiltración puede ser tan violenta que dé lugar á trombus (Montgomery); los que, así como pueden originar hemorragias mortales, como en el caso de Johnston, es de suponer pueden dar lugar á fístulas por su mortificación.

Los abscesos, pólipos, quistes, condilomas, cáncer, etc., sabido es pueden producir análogos obstáculos y hasta la obstrucción pelviana; y sabido es también que los desbridamientos, exéresis, punción ó la cesárea, pueden ser los solos medios que permitan el parto.

Las atresias vulvo-vaginales préstanse también á consideraciones que no podemos tratar con la detención que exigen. Conocidas son las diversas modalidades que puede presentar la estrechez cicatricial de la vagina. La precaución más elemental indica la necesidad de desbridar las cicatrices, así como impone también la obligación de empezar por la dilatación incruenta siempre que sea posible, ó verificar pequeñas incisiones seguidas de dilatación con globos hidrostáticos. Los grandes desbridamientos se reservan para bridas bien limitadas; porque no podemos prever los obstáculos futuros, y nos exponemos á practicar una intervención comprometida, peligrosa y tal vez inútil. Son sobrado sabidas las modificaciones que produce el embarazo en los tejidos blandos pelvianos, permitiendo partos espontáneos é intervenciones juzgadas imposibles á primera vista. En un caso de Duparcqué (op. cit., tomo II, página 316) la extensibilidad de la cicatriz fué tal que, estando la atresia constituída por un orificio que no dejaba pasar sino el dedo índice, á pesar de maniobras anteriores de dilatación, se verificó el parto espontáneo, si bien la cabeza tardó trece horas en franquear el obstáculo. Más ostensible, si cabe, es el caso de Chailly (*Arte de partear*, tr. esp., tomo I, pág. 240), en el que el orificio cicatricial no permitía sino el paso de una sonda uretral, y se verificó el parto espontáneo rápidamente. Análogos son los casos de Jacquenier,

Digitized by Google

Pleuck, Velpeau y Moreau. En cambio, en el caso de Krema (*Monat. f. Gyn.*, B. XVI) fué preciso practicar una histerecto por tratarse de una colpoclesis, en la que el autor supone se ficó la fecundación por la uretra. Idéntico es el caso de Gusc (*Castr. f. Gin.*, 1885). En otro de Lombard, de Ginebra, la inte ción tardía no impidió la rotura del útero (Joulin: *Tr. d'acco* pág. 866). Cazeaux (*Tr. d'Obs.*, tomo II, pág. 79) refiere el ca Pignaut, en el que una brida que hubiera sido sencillísimo de dar originó la muerte del feto. Sólo, pues, un detenido reco miento y una atenta observación de la marcha del parto, si ant ha sido conveniente intervenir, podrán guiar nuestras deter ciones, pero huyendo siempre de todo apresuramiento.

Si han fracasado las dilataciones antedichas, y las extensa cisiones se imponen, excusamos recordar la facilidad con qu pueden interesar órganos próximos, por lo que toda cautela es á pesar de guiarnos por el cateterismo y el tacto rectal. Cuanc tos extensos desbridamientos están contraindicados por la e sión, altura ó deformación de las cicatrices, y consideramos el to imposible, claro está, no queda otro recurso que la cesárea minal.

Las deformaciones vaginales congénitas experimentan asim la acción del reblandecimiento gravídico, facilitando en lo po el parto. Su tratamiento es idéntico al de las adquiridas; sienc grandes incisiones quizá más peligrosas que en aquéllas, per biendo verificarlas si las consideramos menos graves que la rea; la cual, en estas condiciones, origina una mortalidad ma de 41,6 por 100, é infantil de 36 por 100 (Brindau).

Es indudable que existen muchas atresias vaginales relati benignas que, aun permitiendo el parto espontáneo, origina lentitud y fisuras más ó menos profundas, ó esos hematomas s dos de abscesos descritos por Duncan, cuyo peligro es notorio y tratamiento exige una detenida cura local, casi siempre olvic Es imperdonable no reconocer escrupulosamente la vagina des de partos penosos, y quizá también después de los rápidos, ante en las primíparas; así como no modificar las fisuras y escara poderosos antisépticos, tanto por constituir origen y puerta infección, cuanto por la fácil posibilidad con que pueden ha perforantes.

Es más: dada la blandura y fragilidad de la vagina, se ap con cuánta razón han llamado la atención muchos autores, ellos nuestro Orellano (Clínica médica de Valencia, 1886), sobr posibles erosiones producidas por tactos repetidos; y por tanto esta y otras razones, la necesidad de menudearlos todo lo n posible.

Digitized by Google

Entre las múltiples causas de lentitud ó detención del parto que venimos revisando, ninguna tan importante para nuestro estudio como la rigidez del periné. Dependa ésta de su contracción voluntaria ó espasmódica; de su resistencia en las primíparas viejas; de su degeneración grasosa en las obesas; de su infiltración en las albuminúricas, ó de esa verdadera esclerosis estudiada por Demelin en sus *Memoires d'Obstetrique*, es con mucho la causa más frecuente de retraso ó detención del parto; y como quiera que esta detención se verifica en el punto más apropiado para que la compresión ejerza sus funestos efectos, es natural suponer que, directa ó indirectamente, sea la causa más abonada para la producción de la fístula uro-genital de origen obstétrico. Y decimos directa ó indirectamente, porque se concibe que un parto enojoso en que el *septum* haya sufrido compresiones más ó menos sostenidas, pueda escapar sin fístula si no encuentra resistencias en su última etapa; pero si las encuentra, fácil es comprender que éstas consumen la obra de compresiones anteriores.

Debemos recordar que, en este momento del parto, no sólo la rigidez perineal, la resistencia vulvar, ú otra distocia materna, pueden detener el parto; sino que existen causas de origen fetal. Entre ellas, y para procurar en dicho momento precisar el diagnóstico, mencionaremos una significada por Cazeaux, que debe ser conocida por todos y especialmente por los que, creyéndole justificado por otras condiciones, aconsejan el cornezuelo en el período expulsivo. Me refiero á la flexión excesiva de la cabeza, que contrarresta la acción del periné y la impide verificar la extensión. Obvio es suponer el resultado de la mala dirección de la energía, y fácil comprender también por qué en estos estados necesitamos emplear tan escasa fuerza con el fórceps. Lógico es asimismo colegir la perniciosa acción que el cornezuelo tendrá cuando, mediante él, se pretende combatir esta causa de inercia aparente.

No podemos detenernos en analizar y discutir, como desearíamos, con todo detalle, los diversos medios aconsejados, desde el cloroformo y el parto menor, hasta la episiotomía y el fórceps; pero indudablemente el proceder más oportuno es una sencilla aplicación de fórceps, precedida de anestesia. Si la contracción es espasmódica ó voluntaria, quizá antes de aplicar el fórceps se resuelva el conflicto; si no lo es, sabemos que la aplicación es sencillísima y sin peligro alguno; pues no puede considerarse como tal la posible rasgadura del periné, que, en general, son evitables cuando se aplica bien el fórceps, recordando el proceder de Menier, ó son fácilmente reparables. No obstante, sea por la fragilidad de los tejidos, por la conformación perineal, por la orientación vulvar, conformación del arco anterior, rápida salida de hombros, etc., es lo cierto que en

Digitized by Google

ocasiones se producen rasgaduras completas más ó menos inesp
das, cuya sutura inmediata fracasa con frecuencia, y cuyas per
consecuencias, por lo que se refiere al porvenir de la mujer
nuestro prestigio, son fáciles de suponer. Esto nos obliga á dete
nos unos instantes discurriendo brevemente acerca de una inter
ción que, á pesar de su sencillez, todavía no está definitivam
juzgada. Nos referimos á la episiotomía. Desde que Champeno
ideó ha sido preconizada por Michaelis, Burton, Olshausen,
ton, etc., y rechazada por Mauriceau, Mursima, Joerg, Stein e
ven, Schmit, Playfair, Budin-Demelin, etc. Sus partidarios se
dan en la lógica, en sus observaciones y en la estadística de C
Sus detractores arguyen que no garantiza la rasgadura comp
que las incisiones pueden facilitar la infección; que es posible
sión del conducto de la glándula vulvo-vaginal, y que nos exp
mos á practicar una intervención inútil. Estos argumentos está
ficientemente rebatidos en el trabajo de Manton (Harvard: *Am.*
of. Obs., 1885, pág. 225). Confieso que había prescindido de ta
tervención, sea por los argumentos mencionados, ya por ser
pre violento para las familias toda intervención sangrienta, po
mia que sea, y ante todo desde que presencié una abundanti
hemorragia originada quizá por haberla practicado muy alta y
sobrada valentía; hemorragia que, unida á la originada por
cia, puso en apurado trance á la parturiente y en grave aprie
discípulo de Leopold que practicó la intervención; pero despu
haberme ocurrido el único caso de rasgadura completa en a
ción de fórceps, cuando el aspecto del periné no me hacía teme
penoso y desagradable desenlace, juro y perjuro no prescind
tan sencilla intervención á poquísimos riesgos que corra el p
Lo difícil es prever esos riesgos, y por ello vale más anticipar

Por lo que á nuestro asunto respecta, es evidente su util
porque, ya empleemos incisiones pequeñas y múltiples á lo R
y Bilbaun; ya una sola lateral á lo Scanzoni y Schultze; ya la
sión Tarnier que, empezando en el rafe, se dirige oblicuam
ó la miotomía subcutánea á lo Simpson y Coe, separamos en t
parte el obstáculo y evitamos perniciosas compresiones en el *se*
y comisura anterior.

Considero muy esencial distinguir, con mi querido amigo e
nente especialista Dr. Cortiguera (*Arch. de Gin.*, 1884), los ob
los por debilidad del periné, de los originados por fortaleza, p
que, según indica, quizá convenga el fórceps para evitar las r
duras ocasionadas por los primeros, y la episiotomía en l
gundos.

A evitar los peligrosos efectos de la detención del parto e
período tienden las maniobras de dilatación vulgo-vaginal, q

Digitized by Google

han llamado *parto menor*. Hemos manifestado lo peligrosas que deben ser estas manipulaciones cuando se practican de una manera inconsiderada, y ante todo si la vulva está edematosa ó varicosa, porque en estas condiciones es sumamente frágil; y no sólo se producen con facilidad rasgaduras de la comisura anterior, sino que éstas van acompañadas de hemorragias frecuentemente mortales. De los nueve casos recogidos por Budin, siete terminaron por la muerte. Buchacourt (*Hig. de la Gross.*, pág. 197) refiere un caso en el que el coito practicado de pie produjo una desgarradura que interesó la uretra y cuerpo cavernoso, ocasionando una hemorragia mortal. Pinard (*Leçon clinique*, 1905) cita otro en que lesiones análogas seguidas de muerte se originaron al sentarse violentamente. En vista, pues, de la extrema fragilidad de vulva y vagina en estas condiciones, fácil es comprender los peligros del parto menor, puesto que la resultante del esfuerzo se dirige principalmente á la comisura anterior; pero es indudable también que, constituído por un amasamiento inteligente y oportuno, pueda ser muy beneficioso, como lo ha asegurado Clifton Egar en el Congreso de Rouen de 1904.

Maniobra análoga al parto menor es la aconsejada por Martinelli (Acad. Imp. de Med., 5 Febrero 1877), y quizá más expuesta; por lo que dista mucho de ser *nunca dañosa y siempre lícita*, como asegura el autor. Más inocente es el proceder que Dumas llama *trespiés digital;* pero lo más beneficioso sería que, persistiendo la bolsa, ésta tuviese la acción que Byford la asigna sobre la *dilatación prefetal*

Es indudable que la detención del parto en este período obedece en gran número de casos á inercia por falta de reflejos perineales. La sencilla maniobra de Vander, la posición en cuclillas recomendada por Remy ó la colocación del *kolpeurynter*, me han dado excelentes resultados en estos casos. Mme. La Chapelle ya usaba para combatir esta inercia la compresión del periné (op. cit., pág. 52).

Si la inercia depende de la acción voluntaria con que la mujer se defiende del excesivo dolor (Fritsch), claro está que una ligera anestesia es su tratamiento obligado.

En este momento del parto sabemos que Budin concede primordial importancia á la resistencia del orificio himeneal. Este obstáculo es de tal naturaleza, que, al decir de Budin (Florián: *Thèse Paris*, 1905), es causa abonadísima de desinserciones vaginales. Es muy extraño que dando Budin (Pierre) tal importancia á esta causa, y no pudiéndose verificar el desprendimiento de cabeza sin rasgadura del anillo, sea opuesto á la episiotomía.

La estrechez de la vulva por atrofia ó cicatrices, como todas las atresias del tramo genital, son absolutas ó relativas; pero aquí, como en las vaginales, lo que parece absoluto tiene en ocasiones mucho de

Digitized by Google

relativo. Las absolutas, como el caso de Malagodi, imponen
sárea (*Renogl. Méd.*, XXII, 129). Las relativas, aunque sean ta
geradas como se dice era la del caso de Cotogno (*Oper. post.*,
gina 4), pueden permitir el parto espontáneo. Inútil es indic
si el parto se detiene por esta causa la episiotomía es indisc
siendo preferibles, en este caso, las incisiones múltiples y peq
Si la estrechez está sostenida por simple infiltración, son suf
las escarificaciones.

Viendo, pues, los peligros que en relación con nuestro asu
pone la detención del parto en este período, dicho está que
elemental precaución nos impone el deber de verificar un di
tico preciso y conocer el mecanismo natural de desprendimie
cada modalidad.

Si la detención obedece á excesiva flexión de la cabeza,
perineal ó insuficiencia de fuerza expulsiva, es inapreciable
niobra de Ritgen, digan lo que quieran sus teóricos detractor

Las distocias originadas por anomalías congénitas del
neoplasias, metritis, esclerosis, etc., pueden sin duda ser ca
directa de este proceso, ya por trastorno en la contractilidad,
lidad de las partes, posiciones viciosas, etc., pero no se pre
consideraciones especiales respecto á nuestro cometido.

Los obstáculos que oponen al parto las histeropexias, de
principalmente del método y procedimiento empleado (Pinar
la abdominal, si la sutura es muy extensa y, sobre todo, si se
el fondo cerca de la sínfisis, como ocurre con los procederes d
pold, Munde, y Noble, el útero se coloca en anteversión exag
y el desarrollo excesivo de la pared anterior puede llegar
truir la cavidad pelviana. La vaginal, cuando da lugar á ad
cias muy sólidas y extensas, origina tales obstáculos, por rigi
cuello, por desviaciones, presentaciones viciosas, etc., que fr
tementemente acarrea mayores peligros que el posible temor
tula; por lo que hoy está desechada con razón en toda muj
pueda ser madre.

Las anomalías de la contracción uterina exigen una disqu
más detenida de la que nos permite la obligada limitación
trabajo. Hemos manifestado, y tendremos necesidad de insi
las dudas que nos ofrece la supuesta inocuidad de la inercia.
dente que garantiza la integridad de los tejidos y la vida d
si se verifica antes de la rotura de la bolsa; y así lo demuestr
merosísimos casos, como el citado por Greslou (Soc. d'Obs. de
16 Marzo 1905), en el cual el parto duró ciento veinte horas,
seguido de complicación alguna; pero es indudable también
inocuidad no puede admitirse en absoluto después de la rot
membranas, siquiera se trate de la inercia más esencial; por

Digitized by Google

plo, de esa que Power llamó *trabajo metastático*, ó de la producida por la horizontalidad en el embarazo (Jeannin) que, al decir de Rendu, resulta contraproducente en el tratamiento de la placenta previa, por la lentitud que origina en el parto (Soc. de Scien. Méd. de Lyon, Marzo 1905). No debemos olvidar que la inercia depende, con mucha mayor frecuencia, de esa especie de consciencia que tiene el útero frente á un obstáculo; y el trabajo prolongado que origina, es trabajo suspendido (Barnes), ó trabajo perdido (Oldham); y es muy difícil admitir que un útero que desarrolla rápidamente su energía en el momento en que se suprime ese obstáculo, carezca hasta de retractilidad para hacer persistir las compresiones. Nos limitamos á estas indicaciones, puesto que hemos de volver sobre la materia.

El aumento anómalo de contracción, es evidente que siempre será perjudicial; pero es evidente también que variará extraordinariamente el peligro, según la naturaleza intermitente, remitente, subintrante ó constante, limitada ó generalizada, resistencia contra que luche, período del parto, etc. Entre las contracciones irregulares que frecuentemente se observan en las primíparas al iniciarse el parto, y las producidas por el abuso del cornezuelo, coexistiendo con un obstáculo, media un abismo.

Y ya que mencionamos el cornezuelo, no podemos dispensarnos de algunas consideraciones sobre tan importantísimo asunto; porque se relaciona directamente con nuestro cometido. Cuando el proceso de tan temible arma parecía ya juzgado; cuando todos los tocólogos parecían de acuerdo respecto á su acción y su contraindicación absoluta con útero ocupado, se dice que, según los experimentos de Fieux, D'Erchia y Chidichimo, no es de temer el fantasma del tetanismo uterino; que su preparado más empleado, la ergotina Ivon, no sólo no produce ese tetanismo, sino que no influye sobre la contracción fisiológica; que no tiene acción nefasta sobre la vida del feto, puesto que, aplicado en 95 casos, 92 nacieron vivos y dos putrefactos; que el cornezuelo *á cierta dosis* origina contracciones intermitentes, y, como lógica deducción de esto, que su uso, en ciertas y determinadas circunstancias, puede ser hasta heroico durante el parto (Martínez Cerecedo: Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, 1905. Tomo XIV, pág. 84).

Ante tales observaciones, y prescindiendo de los asertos contrarios de numerosísimas autoridades, y de cuanto haya podido observar todo el que posea alguna práctica, creo yo que es suficiente la lógica, para desechar en absoluto, durante el parto, el llamado, por los americanos, *polvo de la muerte*.

Nadie ha demostrado, á pesar de haberlo afirmado algunos, que el cornezuelo sea capaz de producir contracciones intermitentes, y,

Digitized by Google

por el contrario, todos, absolutamente todos los que han tenido o
sión de observar su acción en una época en que tanto se usaba, c
vienen en que las contracciones que origina son constantes ó re
tentes. Las observaciones de Chidichimo no pueden tener valor, p
que habiendo experimentado en conejas, el experimento cae por
base; pues sabido es la diversa acción que los tóxicos vegetales
nen sobre distintos animales. Aun empleado en la mujer, la acc
del cornezuelo es insegura, y, por tanto, su empleo ciego y peligro
Esta inseguridad depende de la diversa composición de este fárma
de su fácil alterabilidad, y de la variable manera de responde
músculo uterino. Su composición es tan compleja, que no hay tal
investigador que haya buscado su principio activo, que no haya
contrado uno diferente. Su alterabilidad es tal, que algunos nie
acción en Diciembre al recolectado en el año; lo que no tiene n
de particular tratándose de un cuerpo organizado tan albuminoí
é higroscópico. Y si á esto unimos la enorme diferencia de su acci
según la hipertrofia é irritabilidad de la fibra uterina en el mome
de su empleo, dígasenos si será, no ya difícil, sino imposible, si
ficar esa *pequeña dosis* que ni indica Bumm, ni puede indicar na
Y no se diga que dado á *una pequeña dosis*, con observación, p
mos detenernos á tiempo, porque el cornezuelo no tiene térmi
medios (Dr. E. Gutiérrez y G. Segovia: Soc. Gin. Esp., 1 Feb
1888). Como dice Frankeisteim, emplear el cornezuelo es invocar
poder ingobernable.

No puede negarse que en ciertas condiciones puede acelera
parto y el alumbramiento, sin consecuencia alguna desagrada
Esto debe suceder en esas inercias esenciales, con carencia de
táculo, cuando quede poca cantidad de feto en el útero, y cuand
plano de *clivaje* placentario carezca de adherencia anormal. S
se cumplen todas estas condiciones, y aun cumpliéndolas, por el
hecho de la contracción irregular, es lógico suponer que el co
zuelo puede ser funesto; porque si existe obstáculo, sea mater
fetal, aumenta la perniciosa acción de la compresión; si queda g
cantidad de feto en la matriz, ó partes retenibles, el parto se det
por contractura uterina; y si el desprendimiento placentario n
rápido y regular, se verifica el engatillamiento. Esta acción re
cionista es fácilmente explicable, por predominar la contractur
nivel del anillo de Bandl, ó de otros anillos, significados por Bu
y este predominio ha podido observar todo el que haya verifica
alumbramiento artificial en mujer sometida á la acción percep
del cornezuelo. Aun los mismos que no le desechan en absolut
el parto (Alonso Rubio, Castillo de Piñeiro, Hornos, etc.: Soci
Gin. Esp., 13 Febrero 1884) admiten su contraindicación en cas
retención placentaria en el aborto. ¡Cosa más extraña!

Digitized by Google

Además: aun en las ideales condiciones antedichas, todavía el útero puede retener coágulos, favoreciendo la hemorragia, los entuertos ó la infección. Por otra parte, nadie se ha atrevido á negar el grave peligro que corre el feto; ni puede asegurar que en caso de alarma pueda esperar el tiempo necesario para intervenir, ó el que puede exigir el desprendimiento de hombros en casos anómalos. Y si á esto unimos el disponer de medios más dóciles é inocentes, como la expresión uterina para auxiliar la *vis á tergo*, ó sustituirla por la *vis á fronte,* como el forceps, creo yo que deduciremos lógicamente que el uso del cornezuelo debe ser proscrito en absoluto durante el parto. Y hasta creo también, con Taber (*Ann. de Obs.*, etc., tomo III, pág. 97) que sería un beneficio para la especie humana se borrara de la práctica tocológica. Un medio tan peligroso, que obligó á un prefecto del Sena á excitar el celo de la Academia de Medicina para que estableciera límites y jurisprudencia á su uso (G. Torres: Sociedad Gin. Esp., 25 Abril 1883), debe hacer asumir una grandísima responsabilidad á quien lo emplea, en caso de éxito funesto.

Si el útero está agotado, dice Barnes, con razón sobrada, «que dar el cornezuelo, es cometer la misma locura que cometería el pesado caballero que hundiese las espuelas en los ijares de su rendido caballo, en vez de llevarle de la brida».

La acción perniciosa del cornezuelo en el parto, por lo que se refiere á la profilaxis de la fístula, se desprende del estudio que hemos verificado acerca de la compresión uterina, y del resultado de la estadística de Emmet.

Si el exceso de contracción coincide con un obstáculo, hemos dicho que, efecto de esa consciencia providencial del útero, sobreviene la inercia; pero sería un gravísimo error contemporizar con esa inercia, y mucho más esperarla sistemáticamente; porque antes de presentarse, puede sobrevenir la mortificación de tejidos y hasta la rotura uterina.

Cuando la contracción excesiva coincide con amplitud y buena conformación de la hilera genital, flacidez de partes blandas, tamaño relativamente pequeño del feto, buena presentación y posición, y posible apatía de la mujer para el dolor, se verifica el parto rápido ó precipitado. En el típico, sabemos que la mujer expulsa el feto al propio tiempo que orina y heces fecales, efecto de un solo dolor continuado, de corta duración, acompañado generalmente de un grito. La mayor parte de autores suponen que entre los peligros que lleva consigo, prescindiendo de los inherentes al rápido desplazamiento uterino, inercia consecutiva, inversión de la matriz, caída del feto, etc.; están las posibles desgarraduras extensas de cuello y vagina, que, claro está, pueden atentar contra la integridad de la vejiga. Otros, como Varnier, consideran el parto tanto

Digitized by Google

más feliz, cuanto más rápido. Sin espacio ni autoridad para juz
esta cuestión, y á pesar de haber observado partos rapidísimos
accidente desagradable alguno, la más elemental precaución ex
ría el empleo de los sedantes si fuere posible, que, claro está, n
es en el parto rápido típico; pero como todo es relativo, siempre
observemos las condiciones antedichas, coincidiendo con fuer
sostenidas y quizá subintrantes contracciones y progresión ráp
del parto, será prudente utilizar dichos medios. Esta prudencia
impone cuando apreciemos la marcha rápida del parto en una
mípara vieja y, ante todo, con hemorragia anticipada, porque
este caso la rapidez se verifica á expensas de desgarraduras (
per: *Obs. Trans.*, 1886).

Una anomalía importante de la contracción es la permane
del anillo de Bandl. Esta complicación tiene tanta más importan
para nosotros cuanto más adelantado está el parto; es decir, cua
mayor cantidad de feto exista en el segmento inferior, porque el
tiramiento, adelgazamiento y compresión que origina en el *sept*
puede ser causa abonada de fístula. Teniendo por origen gener
mente obstáculos mecánicos, hidramnios, rigidez de cuello, emp
intempestivo del cornezuelo, rotura prematura de membranas,
lataciones extemporáneas, etc., claro está que, en muchos casos,
podemos llenar la indicación causal; pero aunque pudiéramos,
impone el uso de los sedantes, ante todo del cloroformo, tanto p
evitar sus consecuencias, cuanto para permitirnos la intervenci
oportuna, que, dicho está, no debe intentarse hasta que cese la c
tracción.

Mucho más peligrosas, respecto á nuestro asunto, son las c
tracciones subintrantes ó muy enérgicas y prolongadas del per
do expulsivo, tanto por verificarse en el período en que más son
temer las compresiones, cuanto por el compromiso en que ponen
vida del feto. Si no tienen efecto útil, no permiten contemporiz
ción alguna; y á poco que se prolonguen, indican una sencilla ap
cación de fórceps, con anestesia previa.

Los efectos de la rotura prematura de membranas, significad
por todos los tratadistas, dan lugar en ocasiones á las múltiples
temibles contingencias del llamado *parto seco*.

En ocasiones esas roturas son tan anticipadas como las del
nocido caso de Poullet, que databa de sesenta y tres días, ó el
Coston (*New-York Jour.*) de cuarenta y cinco, el de Ducan otr
cuarenta y cinco, el de Gould cinco semanas, etc., naciendo en
dos ellos el feto vivo. Es inexplicable (y por lo visto no debe in
resar la explicación, puesto que ni aun ha merecido esta cuesti
los honores de ser planteada) cómo esas roturas tan anticipadas
provocan generalmente la rigidez del cuello. Pudiera argüirse q

Digitized by Google

dichas roturas se refieren á casos de hidrorrea decidual; pero no es así; porque además de haber observado muchos casos análogos, en la actualidad estoy asistiendo á la señora de D. J. N. R., que después de ocho días de rotura indudable de la bolsa, por haber observado unto sebáceo en el líquido expelido, se verificó el parto rápidamente.

Pero circunscribiéndonos á la rotura sin dilatación ó con dilatación incompleta, una vez iniciado el parto, es evidente que los trastornos que implica, en relación con nuestro asunto, dependen de la cantidad de aguas posteriores, presentación y tamaño fetal, conformación de la mujer, procidencias, grado de dilatación, etc. Por sabido debiera callarse que, si la presentación es de vértice, la conformación normal, la dilatación está algo avanzada, etc., la cabeza produce un efecto análogo al de la bolsa; por el contrario, si se verifica en condiciones opuestas, el cuello, irritado por las compresiones directas de la cabeza, aumenta por acción refleja las contracciones uterinas; el útero se contrae sobre las partes fetales, é irritado por ellas, su contracción se hace irregular y hasta tetánica; la presión hidráulica se convierte en presión axial de Lahs, deflexionando anticipadamente la cabeza; se presenta pronto el edema y rigidez del cuello, y este estado en los casos graves no termina sino por rotura uterina, agotamiento, ó rasgaduras extensas del cuello, que permiten el parto. Siendo efecto esencial de la rotura prematura, la rigidez del cuello, remitimos al lector á lo manifestado respecto al tratamiento de esta complicación.

Aconséjase generalmente romper la bolsa á dilatación completa. Mal consejo siempre, según Byford *(Fontions of the Membranes in Labor)*; y malísimo, pésimo, según creo, en primíparas y, ante todo, en posiciones posteriores; pues á pesar de esa dilatación, y tal vez efecto de ella, se forma en ocasiones un enorme tumor sero-sanguíneo, que impide ó dificulta la flexión, rotación y desprendimiento de la cabeza; exige gran dilatación vulvar y, por tanto, detiene el parto en el período más peligroso. Complicaciones que, observadas y descritas ya por Harnier, he tenido, por desgracia, ocasión de observar también. Es más: la aplicación de fórceps que impone, y que á ese nivel es generalmente tan fácil que, por su misma facilidad se abusa de ella, resulta penosísima y á veces imposible, efecto de la dificultad para articular que opone el *caput* succedáneo.

La persistencia de la bolsa puede ser causa de retraso del parto y, según se dice, de asfixia fetal; pero por lo que respecta á nuestro proceso, dicho está, supone su mejor garantía. Por algo se llama á la bolsa en estas condiciones *velo de la fortuna*. Asunto es éste de gran interés para nosotros; pues así como la acción protectora de la bolsa se manifiesta antes de la rotura que se ha convenido en lla-

Digitized by Google

mar tempestiva, esa benéfica acción debe continuar durante
ríodo expulsivo, evitando rozamientos, compresiones, cong
hemorroidal, rasgaduras perineales y anulando toda causa de
la. Así, pues, aun admitiendo que, en ocasiones, la persisten
las membranas puede originar lentitud en el parto, porque
tensión uterina produzca alguna debilidad en las contraccion
creemos que este efecto contrarreste los beneficios de la rotur
da por tardía; por lo que, excepción hecha de los casos de hi
nios, inserción viciosa de placenta ó extrema debilidad de la
tracciones por dicha causa, creo debemos, á ejemplo de Byfo
sólo respetarla, sino procurar evitar su rotura en lo posibl
medio de la quietud física y moral de la mujer, ahorrando los
nocimientos, extremando su delicadeza y no reconociendo
durante una contracción, prohibiendo todo esfuerzo, y si la
tracciones son muy enérgicas, aminorándolas con opio ó cloro
Aunque la bolsa no tuviere acción sobre la dilatación vulvo-va
como asegura Byford y niega Dumas (*Ann. de Gyn.*, XXIV
demasiado ostensibles los beneficios de su persistencia, par
procuremos, no sólo respetarla, sino favorecerla. No obstan
que vengo hace tiempo cumpliendo los preceptos de Byford,
servado con frecuencia hemorragia anticipada y algo abun
producida, sin duda, por desprendimiento placentario antes
salida del feto. Posible es que si existiere algún obstáculo p
desprendimiento de cabeza ú hombros, esta hemorragia pudie
alarmante.

Permítasenos insistir en este lugar en los peligros que, á
del aserto de una autoridad como la señora de La Chapelle, llev
sigo la primiparidad en las mujeres relativamente viejas, ó en
llas que, por el tiempo transcurrido entre dos partos, vuelve
condiciones de la primigesta (Pinard). Así como el parto
jóvenes, entendiendo por tales las que no llegan á los diez
años, es, en general, rápido y feliz (Parmentier: *Presse Méd.*,
en las primíparas viejas, la rigidez de las partes blandas, las
duras de las articulaciones intrínsecas de la pelvis, la friabilid
sus tejidos (Roper: loc. cit.) y la delgadez y adherencias del s
(Jobert: *Traité de Chir. plas.*, II, pág. 274) suponen peligros e
ciados en las estadísticas de Emmet, Monteros, Andrade y Da
Duarte. Esto nos indica la necesidad de vigilar el parto en re
directa con la edad de la primípara; y conste que en dicha
dísticas figuran cuatro casos de fístula en primíparas de cinc
y uno á sesenta años.

También tenemos necesidad de insistir sobre la importanci
tiene el estado general de la mujer en la resistencia vital y f
dad de sus tejidos, para evidenciar la influencia que ha de e

Digitized by Google

el tratamiento oportuno á título profiláctico de la fístula. Recordemos las diabéticas, obesas y albuminúricas. Respecto á estas últimas, así como su periné se rasga á veces como la estopa (Ducan: *Mecanisme de l'accouchement*, pág. 476), con esos perinés de *manteca*, fácil es suponer que su *septum* uro-genital ofrecerá fragilidad análoga y no podrá, por tanto, sufrir impunemente compresiones persistentes; por lo que en este sentido nos obliga á contemporizar menos, si cabe, en tal estado.

En las diabéticas, dicho está que todo traumatismo inherente al parto fisiológico y la más ligera lesión producida por un acto operatorio van seguidos fácilmente de gangrena, y en ocasiones de metritis disecantes (Liepmann); así que, en este caso, estamos en las condiciones de la fiebre puerperal, respecto al proceso que nos ocupa; es decir, que así como en la patogenia de la fístula el traumatismo es lo esencial y la infección lo secundario, en los estados discrásicos, y ante todo en la diabetes, se invierten los términos, siendo la discrasia lo esencial y el traumatismo lo secundario. Prescindiendo, pues, de otros motivos, la profilaxis más elemental nos impone el deber de analizar frecuentemente las orinas de la embarazada y someter en tiempo oportuno á un régimen riguroso á las diabéticas ó albuminúricas, extremando durante el parto la vigilancia, la asepsia y la delicadeza en la intervención, si á ella nos vemos obligados. Y no sólo la más elemental precaución nos impone, por este y otros conceptos, los frecuentes análisis de orina que todos los autores aconsejan, sino también otros más perfectos. Hoy sabemos el importantísimo papel que juegan en la producción de la albuminuria y eclampsia las fermentaciones anómalas del contenido intestinal y la insuficiencia hepática; menester es, por tanto, investigar en la orina los productos que indican esas fermentaciones é insuficiencia, porque la eclampsia, sea por los trastornos tróficos y circulatorios concomitantes, evidenciados por Gutbrod (*Monat f. geb.*, XXI, página 734), sea por las infiltraciones que generalmente la acompañan, ó por las rápidas intervenciones que puede exigir, puede también ser causa abonada de este proceso. Por esto mismo la investigación en la orina de la disminución de urea y el aumento de ácido úrico (Chauffard), que es un indicio de lo que Hanot llama *prehepatismo*, así como la observación de todo trastorno dispépsico ó nervioso, los antojos, estudiados ya por Sorano de Efeso, el cambio de carácter, irritabilidad, cefalea, ptialismo, los edemas no albuminúricos, el prurito generalizado ó no, las neuritis tóxicas, las dermatitis auto-tóxicas, etc., etc., y ante todo la hipertensión, estudiada por Queirel y Reynaud (de Marsella) y sobre cuya importancia han insistido Vinay, Balantyne, Seratoff, etc., deben ser los guías que nos permitan plantear una profilaxis oportuna.

Digitized by Google

Muy lejos de agotar las variadas consideraciones á que se presta la distocia materna en relación con nuestro asunto, vamos á seguir esbozando las que se refieren á la distocia fetal.

En esta distocia, como en la materna, lo relativo tiene para nosotros mucha más importancia que lo absoluto. Así, por ejemplo, las posiciones de cabeza que los antiguos llamaron *bastardas* deben dar un enorme contingente en la producción de la fístula.

Efecto de la oblicuidad de la matriz ó de la inclinación de la pelvis, la cabeza puede estar *descentrada* respecto al estrecho superior. La modalidad más importante de esta desviación es la anterior, á la que Mad. La Chapelle y Dugés dieron el nombre de *supra-púbica*, y, como hemos manifestado, ha sido objeto de estudio especial por Laforré. El caso más notable, y creo único, que se registra, es el citado por Velpeau, en el cual la cabeza del feto descendía por delante del pubis hasta cerca de la vulva (Monlau: op. cit., página 555); pero en este sentido, las anomalías que más nos interesan son las de los movimientos accesorios de la cabeza.

Prescindiendo de las rotaciones significadas por Fabre (*Lyon Médicale*, 1896) que se verifican durante el embarazo, la falta y, ante todo, el exceso de asinclitismo, llegando ó sin llegar á las presentaciones parietales, pueden dificultar ó imposibilitar el encajamiento; pero la complicación de este género más frecuente es la falta de flexión en las presentaciones sincipitales ó de frente, y de deflexión en las de cara. Estas anomalías revisten, claro está, más importancia en las posiciones posteriores, porque las correcciones de posición ó complementos de rotación que faltan, efecto de la deflexión en las occípito-anteriores y de flexión en las mento, ni son de tan funestas consecuencias ni de tan difícil tratamiento; pero no por eso dejan de tener gran importancia para nosotros, porque generalmente estas anomalías coexisten con otros obstáculos y bastan por sí solas para originar compresiones peligrosas. Si la cabeza desciende en transversal hasta el suelo de la pelvis, constituyendo la variedad transversal profunda de los alemanes ó actitud intermediaria de Fochier, la rotación se dificulta ó imposibilita en ocasiones, pudiendo persistir este estado durante muchas horas, agotando las fuerzas de la mujer y comprometiendo la integridad de sus tejidos. En esta situación, se observa con frecuencia que es suficiente aplicar una rama del fórceps, ó tal vez, antes de aplicarla, la sola manipulación que necesita, para que actuando á modo de palanca flexione la cabeza y se verifique la expulsión con un solo dolor. Y si tal detención originan las transversales, con mayor motivo han de originarla las occípito-posteriores, puesto que el arco de círculo que ha de describir la cabeza es mucho mayor. Por ello no nos explicamos el aserto de los autores, que han llegado á calificar de impru-

Digitized by Google

dentes cuantas maniobras se verifiquen para facilitar la flexión y la rotación. Una cosa es, según mi humilde criterio, que en el mayor número de casos la cabeza flexione más ó menos cerca del suelo perineal, y generalmente se verifique la rotación espontánea, y otra que la rotación sea tanto más penosa cuanto más descendida esté la cabeza. La disparidad de opiniones que dificultan nuestra intervención en este importantísimo caso, estriba, indudablemente, en nuestro desconocimiento acerca del mecanismo de la rotación. Esta es la hora que, á pesar de las numerosas teorías que se han ideado para explicarla, ignoramos no sólo la causa, sino la prioridad entre la rotación del tronco y de la cabeza y el sitio preciso en que se verifica. El que admita que la flexión forzada sólo se produce al tocar la cabeza el suelo pelviano, aguarda impertérrito esa flexión, permitiendo, quizá, su fijeza ó enclavamiento. El que admita como artículo de fe que la cabeza rota secundariamente al tronco, seguramente creerá por lo menos inútiles todas las tentativas para hacerla rotar; y mucho más si ha observado la tenaz persistencia de las persistentes. Pero es un hecho vulgar de observación que la cabeza rota á diversas alturas, sobre todo en las posteriores; y es un hecho también que ha podido observar todo el que observe bien, que las cabezas de regular tamaño en las occípito y mento-posteriores con anómala flexión ó deflexión, rotan tanto más difícilmente cuanto más descendidas estén. Además, aunque la cabeza rote secundariamente al tronco, puede rotar de un modo independiente (Mad. La Chapelle: op. cit., y Mad. Henry: *Ann. de Gyn.*, 1892).

Por otra parte, aun siendo cierta la teoría torácica de la rotación intra-pelviana, sabemos que para verificarse se necesita la solidarización de tronco y cabeza; y como ésta, ó no existe ó es imperfecta en las flexiones ó deflexiones anormales, se comprende la posibilidad de maniobras que actúen independientemente sobre dicha cabeza. Tampoco la original y moderna teoría de Sellhem (*Centr. f. Gyn.*, 1904) creo nos faculte para ser meros espectadores ante una posición posterior que en anómala actitud desciende penosamente. Supone esta teoría que, efecto de las distintas flexibilidades de las diferentes regiones del cuerpo fetal, con sus *facillimas* y *difficillimas*, se verifica la rotación en el ángulo de la hilera genital. Esta sugestiva teoría parece ser cierta cuando la cabeza desciende sin resistencias maternas anómalas; pero creo yo que, siendo un factor esencialísimo dichas resistencias, y pudiéndose presentar éstas á diversas alturas, ya por conformación pelviana, estado de partes blandas, ó posición ó volumen de la cabeza, á distintas alturas, también puede y debe verificarse la rotación interna, como lo comprueba la observación más vulgar. Así, pues, si la ciega Naturaleza no puede vencer obstáculos anormales; si es un hecho que la cabeza en las

Digitized by Google

occípito-posteriores aumenta sus diámetros ántero-posteriores
zón directa de su flexión; si es un hecho también que la pelv
minuye sus diámetros, desde el plano de Veit al estrecho de
dau; y si, por último, es indiscutible también que la rotación e
más penosa cuanto más deflexionada esté la cabeza, repito
me explico puedan calificarse de imprudentes las tentativas
xión y de rotación al nivel del plano de Veit, en las posicion
teriores de vértice, cuando descienden penosamente en posici
mala. Lo imprudente, creo yo, es no intentarlo.

Richardson (*Verk. méd. Rev.*, 1885) flexiona las O. P. con
sobre la frente durante la contracción, dejando á ésta el cuid
bajar el occipucio. Si no resulta, aplica el fórceps al revés; es
con la curvadura pelviana hacia atrás. Tira, bajando así el
cio, con lo cual la expulsión se verifica espontáneamente;
no, aplica el fórceps de nuevo con la curvadura adelante.

Ahora bien: la falta de rotación depende, por lo que se re
la cabeza fetal, de su pequeñez excesiva ó de su excesivo vo
En el primer caso, que se observa con frecuencia relativa en
pulsión del segundo feto en los partos gemelares, mal haría
preocuparnos por el desprendimiento en occípito posterior; p
el segundo, sería peor contemporizar con exceso, confiados
recursos de la Naturaleza. Es más: antes que esa espectación
mática considero, con mucho, preferible desprender en occípi
terior, en lo que no existe inconveniente alguno, si el parto
tiene.

Dicha está la íntima relación que lo expuesto tiene con l
sentaciones de cara. A pesar de la benignidad que atribuían
presentación, Portal, La Chapelle, Smellie, Deleurye, etc., y
servarse generalmente partos felices, como el citado por L
que se verificó en media hora, pesando el feto 3.400 gramo
cierto que dan un gran contingente en la producción de la
Tales son los peligros que una mento-posterior puede acarre
gran número de tocólogos se han esforzado tratando de transf
las en vértice antes del encajamiento, y hasta algunos han p
to la versión. Con el fin de transformarlas en vértice se han
jado intervenciones manuales ó con la palanca, que genera
fracasan y cuyos peligros son fáciles prever. Asimismo l
niobras externas de Pippingskold, Bayer, Zeingenpesk,
Schatz, Pinard y Thorn fracasan igualmente; no tienen n
inocentes, y exigen un dominio de la palpación que no está
cance de todos. No obstante, se dice que la maniobra de Th
rrigiendo la cifosis, que es la causa del fracaso, resulta en
por 100 de casos. Opizt llega á aconsejar que, si el niño no na
dos horas de verificada, debe aplicarse el fórceps. Aun así,

Digitized by Google

guridad y peligro de estas maniobras, la importancia de la versión y el tanto por ciento de partos normales y felices, en presentación de cara, nos imponen el deber de no intervenir nunca antes del encajamiento.

La reducción manual interna por encima del estrecho superior, tanto en esta presentación como en la de frente, fracasan generalmente como las maniobras externas; y es natural que así suceda, porque, sea cualquiera la causa que las origine, su acción persiste. No obstante, casos se citan (*Long. Am. Journ. of. Obs.*, 1886) en los que dieron resultado.

Una vez en la excavación, y con mayor motivo en el plano perineal, si el parto se detiene, es tal el número de criterios diversos y hasta antitéticos, que se necesitan convicciones muy firmes para tomar una determinación. Puzos, Levret, Deleurye, A. Petit, Astruc, Solaire, etc., ó no dieron consejo alguno, ó aconsejaron, como Baudeloque, desprender en mento-posterior. Mme. La Chapelle optaba por la versión, aunque la cabeza hubiere llegado al fondo de la excavación. Dubois, Chailly y otros muchos recomiendan la rotación con el fórceps; otros, con la palanca; Loviot ha razonado los peligros de la rotación instrumental, y por tanto recomienda la manual antes de aplicar el fórceps. Cazeaux dice, bien ligeramente por cierto, que mediante él, se debe intentar la transformación en vértice; Parry, manualmente. Gran número de tocólogos optan por la espectación sistemática, acatando el *savoir rien faire* de Pajot. Reim dice haber esperado con éxito hasta CINCO Y SEIS DÍAS. Chalmogoroff (*Centr. f. Gyn.*, 1902), si no consigue la rotación mediante el fórceps, perfora aunque sea en feto vivo. Dimant y Reim optan por la sinfisiotomía, y este último llega hasta la resección de la parte inferior del sacro. Veit-Olshausen y Budin-Demelin dicen, á mi entender con sobrada razón, que la vida del feto está demasiado comprometida en estos casos para exponer á la madre á las contingencias de la sinfisiotomía. Cuzzi recomienda deflexionar la cabeza mediante tracciones sobre el mentón, pero no intentar la rotación manual porque, según cree, es inútil, ni la instrumental, porque exige grandes violencias. Y así pudiéramos hacer interminable esta revista, sin encontrar una sola opinión que resuelva el problema que nosotros debíamos resolver si tuviésemos autoridad y competencia para ello. Prescindiendo de los diversos factores que pueden complicar el parto en presentación de cara (Boisleux: *Ann. de Gyn.*, XXIV, pág. 308), no podemos optar por la espectación sistemática ó prolongada, pues en este y otros casos es la causa esencial de la fístula; no podemos optar por la rotación instrumental, en vista de sus peligros; de la sinfisiotomía no hablemos, porque no podemos considerarla como medio profiláctico de la fístula.

Digitized by Google

El apurado trance que supone esta situación, y cuanto hem nifestado al tratar de las occipito-posteriores, nos impone el de deflexionar toda mento-posterior que descienda penosamente mentón alto. Creo yo debemos intentar después la rotación, que estas maniobras no tienen nada de peligrosas, y no deben vidar que tanto más descienda la cabeza con tendencia á la fl los obstáculos á la rotación serán mayores, porque repetimos diámetros fetales en acción van aumentando del mento-fron mentoniano máximo, y los de la pelvis van disminuyendo del de Veit al estrecho de Brindau. Si no conseguimos manualme deflexión y rotación, no creemos se pueda prescindir de inten con el forceps, si tiramos, como debemos tirar, de los lazos po res (forceps Demelin); si procuramos antes elevar la cabeza á l te más ancha de la excavación, y si no ejercemos imperdonabl lencias. Si todo fracasa; si el tiempo transcurrido, el estado l general de la mujer ó el enclavamiento de cabeza, nos hacen p la imposibilidad absoluta de terminarse el parto natural, soy que con la conciencia muy tranquila verificarían una basiot en feto vivo, antes que esa basiotripsia se desprestigie con est ticas como la de Lanth, que en diez cefalotripsias por esta caus ron siete muertes, dos curaciones y un resultado incierto. ¡Y to hay ciegos que aconsejan la espectación indefinida, y otros qu gan la cefalotripsia por esta estadística!

Posiblemente también será más factible y ventajoso inten transformación en vértice cuando el mentón está alto, como lo có el Dr. D. Eugenio Gutiérrez (Soc. Gin. Esp., 1.° Febrero 18 un caso que no dió resultado, porque indudablemente se trata distocia por contractura del anillo de Bandl, efecto del empleo i pestivo del cornezuelo. En cambio, en el caso que el Dr. Gon Segovia indicó en la misma sesión, dicha transformación resul lizmente; pero como hizo observar el Dr. Alonso Rubio, y han vado todos los que intentan tal transformación en la excavaci dificilísima, y en el estrecho medio imposible con diámetros fet maternos normales.

La mal llamada modalidad de frente, á pesar de los optim de Gardien (*Traité d'Accouch.*, etc., tomo II, pág. 309), Stoltz y y á pesar también de su rareza (1 por 100, según Hecker; 1, 100, según Kleinvachter, Sanger y Lazerevich); va acompañad tales peligros que, al decir de Gehrke, ha exigido 45 interven en 59 casos; originando una mortalidad fetal de más de 50 po según Hely; y de 76 por 100, según Heinricius y Bonnaire. P que á nuestro asunto se refiere, es muy interesante el caso que Chailly (op. cit., tomo II, pág. 43).

Fácil es suponer las compresiones á que puede dar lugar, sa

Digitized by Google

que el diámetro transversal mayor de la cabeza tiene que atra-
r el C. V., y ésta tiene que rotar al nivel de sus diámetros longi-
nales mayores. Así, pues, si se diagnostica antes del encaja-
nto, y no podemos flexionar la cabeza, ni corrigiendo la desvia-
uterina, ni con manipulaciones, debemos intentar siempre la
ión, sobre todo en pluríparas de partes blandas flexibles (La
pelle, Hueter, Spaeth, Hely y Schrœder). Hay quien aplica el
eps á ese nivel (Heinricius) y quien prefiere la embriotomía en
vivo (Kleinvachter). Según Pehtjean (*Th. Paris*, 1904), en la
entación de frente no enclavada debe aplicarse el forceps, el que
lta casi siempre, según Mangniagalli (*Ann. di ost...* 1884), y en
nclavada practicarse la sinfisiotomía. Vallois y otros dicen que
cabeza ha descendido á la excavación debe intentarse la trans-
nación en vértice, para lo cual es preciso que el parto no haya
ndo largo tiempo; porque entonces la deformación de la cabeza,
entando el O. F. á 13 centímetros, opone obstáculo insuperable.
ransformación en cara es imposible con diámetros normales, por-
el O. M. tiene que pasar á través de diámetros pelvianos menores,
que se pretenda la transformación en el plano principal. Aun
Veit y Olshaussen la aconsejan cuando no exista estrechez muy
duada. La mayor parte de autores recomiendan abstenerse de
maniobra si no se consigue la transformación en vértice; por-
no tendría otro resultado que oponerse al mecanismo natural,
idiendo el descenso oblicuo en la excavación del O. M. y, como
ecuencia, impedir la sustitución de este diámetro por el N. O. Si
interés de la madre ó el feto se tuviere que intervenir, se puede
car el forceps, teniendo muy presente que la presa directa, res-
o á la cabeza, no debe emplearse; porque no sólo peligran las
es blandas de la pelvis, sino que aumentan por compensación
diámetros ántero-posteriores, que son los más comprometidos.
a decimos de la aplicación ántero-posterior respecto á la pelvis,
que necesariamente hemos de insistir en sus peligros. Se impo-
pues, la presa oblicua, y aun así el forceps resulta siempre peli-
o, hasta el punto que Chiarlloni (*Ann. di Ost., Gin. e Ped.*, 1884)
nseja la craneotomía.

Si el forceps fracasa, Rein, Dimant, Vallois., etc., aconsejan la
siotomía; pero en esta presentación, como en la de cara, debe-
desecharla por las razones antedichas. Otro tanto decimos de
ebotomía, porque según resulta de las experiencias de P. Bar
. Obs. de París, Febrero 1905), las desgarraduras vaginales son
o ó más de temer que en la sinfisiotomía, porque el fragmento
no supone un inminente peligro para la uretra.

Continuando este rápido estudio en lo que se refiere á las presen-
ones fetales que, sin ser francamente distócicas, acarrean quizá

Digitized by Google

más peligros por lo que respecta á nuestro asunto, no podemo
pensarnos de algunas consideraciones acerca de los obstácul
la presentación de nalgas puede ofrecer al parto. Dos son los
cipales peligros que á nosotros nos incumben: la retención de
za, y los obstáculos que origina la incompleta de nalgas. La
ción de cabeza puede originar destrozos tan enormes como l
originó en el caso de Lallemand. Prescindiendo de la enume
de los 21 procederes ideados para tratar esta complicación, sa
que unos prefieren las maniobras de Budin-Charpentier, Vi
Martín, Mauriceau-Levret, Smellie, Praya, etc.; otros, con Lit
aconsejan de hecho el forceps. Si la cabeza está por encima
trecho superior ó en la excavación en mento-posterior ó defle
da, el forceps no es el indicado. Por el contrario, las manipula
no tienen contraindicación alguna; por lo que por ellas debem
pezar siempre, acudiendo al forceps si fracasan. En ocasion
sea por efecto de la posición viciosa, de la viciación pelviana
retracción del cuello, ó del anillo de Bandl, son tan insuperab
obstáculos que exigen una difícil y comprometida basiotrips
vista de estos peligros, y teniendo en cuenta el 9,80 por 100 d
talidad infantil que origina esta presentación, Esquirol (*Th.*
1905) preconiza la versión por maniobras externas.

P. Giffard (*Th. Paris*, 1903) ha estudiado especialmente
tención de cabeza en posición directa en el estrecho superior.
cindiendo del rápido compromiso en que pone la vida del fet
bamos de manifestar que la basiotripsia, que impone como
recurso, es de las más difíciles y comprometidas; por lo que
ne tener muy presente su diagnóstico y tratamiento para inte
oportunamente. El diagnóstico, sabido es, se verifica media
tacto más ó menos profundo, por la dirección de la oreja, y
ficio de la palpación, reconociendo por encima del pubis el
ó el occipucio. Las dificultades que se oponen al paso de la
estando el occipucio delante, dependen del S. O. F., que se p
relación con el C. V., siendo la extracción imposible si éste n
más de 10 centímetros. Si el occipucio está detrás, el mentón
ga sobre el pubis, y para evitar esta complicación se necesit
pender la expresión uterina, que efectúa el ayudante, en el m
to en que la cabeza llega al área del estrecho superior; es
cuando el operador va en busca de la boca para verificar una
operaciones antedichas. En el tratamiento de esta complica
debe intentar la extracción en posición directa O. P, si la des
ción entre el C. V. y el S. O. F. no es muy grande. Si el feto está
to, la espectación puede prolongarse algo más, así como insi
el uso de los sedantes si la causa de la retención fuera la retr
del cuello ó la contractura del anillo de Bandl; pero si urge

Digitized by Google

ción y las manipulaciones fracasan, la embriotomía se impone.
ndo el mentón está adelante, es preciso desviarle hacia el diá-
ro oblicuo ó transverso, mediante presiones á través de la pared
ominal que nos permitan alcanzar la boca para efectuar cual-
era de las maniobras mencionadas. Si en tal posición el occipu-
está en la concavidad sacra, sabido es, podemos hacerle girar
izándole con la mano, desenclavando de este modo el mentón
pubis.

Debemos recordar también los grandes obstáculos que en oca-
es presenta la expulsión en presentación incompleta de nalgas.
presentación ha descendido lo suficiente para efectuar la trac-
digital ó el método clásico bajando el pie anterior, la extrac-
es sumamente fácil por lo que al desprendimiento del tronco se
ere. Esta última maniobra es siempre posible si, vistas las difi-
ades del desprendimiento en esta modalidad, se interviene pron-
Pinard), ó si se emplea con perseverancia y con el auxilio del
oformo (Lepage y Potocki: *Soc. d'Obs. Gyn., et Ped.*, 1905). No
lemos de la maniobra de Ritgen, que en este caso es inútil; pues
ndo puede verificarse, puede también alcanzarse la ingle; ni
poco de la de Bitot, por sus peligrosas violencias, aunque su-
go que debemos tenerla presente y no desecharla en absoluto;
s es posible que se hayan exagerado sus peligros y existan ca-
en que preste señalados servicios. Recordemos que el gancho
de tener aquí una de sus contadas indicaciones, y recordemos
bién que, según Olivier, tanto el gancho como los lazos están
raindicados en las sacro-posteriores por su difícil colocación y
lesiones fetales que pueden producir, efecto de la mala direc-
en la tracción. Por el contrario, en esta posición, el fórceps es
ndicado, por encontrar buena presa en los trocánteres. Truzzi
z. med. ital., 1883) asegura que la pelvis fetal ofrece mejor pre-
por lo que usa y aconseja el fórceps en las S. A.

La tracción digital es generalmente la que debe emplearse, si es
ible, por lo que siempre debemos tener presente la tracción bi-
tal á lo Puech, con la que ganan dos á tres centímetros, y se
e presa sólida.

En esta distocia, como en toda presentación de nalgas, sobre
cuando se han verificado tracciones intempestivas ú obliga-
, el entrecruzamiento de un brazo puede ofrecer obstáculos más
enos insuperables y peligrosos. Conocidas deben ser las múlti-
y variadas maniobras recomendadas, y su misma multiplici-
nos impide analizarlas.

Aunque la distocia por procidencia ó posición viciosa de miem-
en presentación de vértice no ha sido citada sino rara vez
o causa de fístula, es lógico suponer que, ya por los obstáculos

Digitized by Google

que puede originar, ya por la naturaleza del agente traum
que en ocasiones es el codo, debe ser causa eficaz de fístula
distocia que en el caso de Velpeau (Henry Nocton: *Th. Paris*,
produjo la discisión de la sínfisis, con mayor facilidad puede
nar la lesión que nos ocupa. Y como quiera también que u
sus más importantes variedades ha sido casi olvidada por los
cos, creemos indispensable dedicarla alguna atención. Así, p
mitándonos como necesariamente tenemos que limitarnos en
los asuntos que venimos tratando, digámoslo así, *cinematog*
mente, pasamos por alto los casos de procidencia simple, y s
remos dos palabras de dicha variedad, que si bien no es pro
cia, se ha confundido con ella. Me refiero al *dorsal displac*
que, descrito por Simpson, sólo han estudiado los autores in
(Barbour: *Edimb. Journal*, 1887. Lambert: *Edimb. Obs. T*
1872. Murray: *Med. Times and Gazz.*, 1861) y al que he de
un trabajito (*Rev. de Med. y Cir. prác.*, tomo II, pág. 89,
Consiste, como saben los pocos que en tan interesante disto
hayan fijado, en una posición anómala del brazo, en la que
encuentra atravesado detrás de la cabeza colocada en oc
anterior. En este caso, el parto se detiene más ó menos abso
repentinamente; pero mientras el brazo cabalga sobre el pu
peligro de fístula parece menos de temer, puesto que, por
nos, la porción más peligrosa del *septum* no sólo no experi
compresión, sino que media un espacio insólito entre él y la c
espacio que, dicho sea de paso, facilita el diagnóstico de esta
cia. Mas si desciende el brazo en esa posición anómala, es de
ner que el codo actúe como un temible agente vulnerante. Se
sa ó efecto esta anomalía de deflexión de la cabeza, origines
por exceso de rotación del tronco, coincida ó no con pequef
feto, etc., etc., es lo cierto que exige una pronta aplicación
ceps si el parto se detiene, y si no ha sido posible reducir el
ó transformarla en procidencia simple, ó efectuar la versión
el consejo de Simpson. Casos han existido en los que ha sido
saria una cefalotripsia.

Poco ó nada podemos decir de las presentaciones de t
pues si bien son causa abonadísima de fístula, su tratamie
admite discusión, á pesar de los consejos abstencionistas que
ñor Armanget (*Anales de Obs.*, etc., tomo I, página 166) se h
mitido en vista de la supuesta frecuencia de la evolución es
nea y versiones espontáneas tan extraordinarias como en e
del Dr. Rasso (*An. de Gin.*, VII, pág. 97). Si la versión no e
ble, efecto del atascamiento y procidencia (?) del brazo, yo con
inadmisible el consejo de Foster (*Am. Jour. of Obs.*, IX) de
zar el brazo en la dirección *os brachii.*

Digitized by Google

Entre las distocias de origen fetal es importantísima por su frecuencia relativa, por su no fácil diagnóstico y, ante todo, por la facilidad con que es causa de fístula, la hipermegalia simple generalizada; pero si hubiéremos de analizar detenidamente la profilaxis en las diversas modalidades que esta distocia presenta, tendríamos que transcribir su historia completa y quizá fijar la atención en las deficiencias de su estudio. En la imposibilidad de efectuarlo así, recordaremos que no sólo la distensión exagerada que necesariamente ha de adquirir la matriz con feto hipermegálico y la atonía especial del útero, tan frecuente en estos casos, atonía que suponemos es su causa esencial (Larrú: *Rev. de Med. y Cir. prác.*, 1901), sino el volumen del feto, la escasa ó nula reductibilidad de la cabeza, etcétera, producen el retardo ó la detención del parto y compresiones tan peligrosas, que explican con exceso la frecuencia con que es origen de fístula (Dubois: *Th. Paris*, 1897).

La influencia del tamaño fetal en los resultados del parto se hace ostensible en las recientes observaciones de Riggs (*Cent. Bl. f. Gyn.*, 1905). Comparando este tocólogo 779 partos en blancas con 721 en negras, observó 90,7 por 100 de pelvis normales en blancas, y sólo 65,1 por 100 en negras. A pesar de esto, el parto espontáneo fué más frecuente en las negras, lo que sólo se explica teniendo en cuenta que los fetos de las blancas pesaban, por término medio, 200 gramos más y eran 15 milímetros más largos. También constituye un dato interesante la estadística de Pinard respecto á la sinfisiotomía. El peso medio de los fetos fué de 3.350 gramos, ó sea superior al normal.

Observaciones típicas de fístulas producidas por hipermegalia son, entre mil, la del Dr. Campa (*Gaz. Obs.*, de París, 1865), y la que Garrigues expuso ante la Soc. Obs. de New-York, 1875.

Aunque el volumen y osificación de la cabeza son causas sobrado abonadas para originar la fístula, siquiera se haya puesto en duda, suponemos que siendo el exagerado diámetro del biacromial el obstáculo principal del parto, como han observado Levret, Jacquemier, Desmoutils y Vilpelle, en ese obstáculo debe radicar principalmente también el peligro de fístulas.

En el difícil caso que pudiéramos prever tal distocia, ya por la prolongación del embarazo, ya por la anamnesia individual ó hereditaria, conformación paterna, volumen del vientre, etc., estaríamos tal vez justificados, en embarazos sucesivos, para emplear medios opuestos á los que aconseja la puericultura intrauterina. Sin mencionar la célebre *cura famis*, de Moreau y Depaul, los purgantes, sangría, el iodo (Delfraysse), ioduro potásico (Ozanam), etc., recordaremos solamente el régimen de Prochownik (*Presse Méd.*, 1902, página 92). Saussier, de Chicago, da también gran importancia á la

Digitized by Google

alimentación, hasta el extremo de afirmar que la pobre en fos y abundante en frutas ácidas facilita el parto de las mujeres han tenido fetos grandes.

No olvidemos que los fetos enormes son frecuentes en las dia cas; por lo que en ellas se impone, por esta y otras razones y puestas, un régimen riguroso durante el embarazo. No olvid tampoco que el sedentarismo favorece el desarrollo excesiv feto (Gaulard, Pinard, Bachimont, Bouchacourt).

Aunque el diagnóstico preciso es difícil, cuando la palpa mensuradora, que es el medio diagnóstico por excelencia, nos muestre la existencia indudable de esta distocia, y mucho más mujer ha tenido partos penosos por esta causa, estamos facult para provocar el parto prematuro á los ocho meses; época en la según Bué, no existe peligro alguno, ni para el feto ni para la dre. Esta intervención está justificada, á pocas sospechas que tan, en caso de prolongación del embarazo; pues si bien Ca (*Th. de Paris*, 1905) niega exista tal prolongación, la admiten l neralidad de los autores, entre los que modernamente figuran coby (*Arch. f. Gyn.*, LXXIV, pág. 536), Blau y Cristofoletti (*M f. Geb...*, 1905, pág. 163).

Es fácil suponer que esta distocia es análoga á la que provo pelvis *justo minor*, pero la originada por hipermegalia general te será relativa; porque se duda, y hasta se niega, que en esta plicación la cabeza pueda exceder de los diámetros de la pelvis. unida á otras concausas, claro está, puede producir distocia ab ta; y como ésta es formidable, excusamos insistir en la necesid un diagnóstico preciso. Antes del encajamiento se imponen e ceps ó la versión, que en este caso son intervenciones compro das: el forceps, por el volumen y osificación de la cabeza; la sión, por el volumen fetal, la distensión uterina y el posible goamnios.

Cuando el amnios está infectado, la matriz contracturada forceps ha fracasado, el problema que se nos presenta es arduo; que la basiotripsia, la sinfisiotomía ó hebotomía, la cesárea ó la ración de Porro, tienen sus ventajas é inconvenientes. La basio sia, que se impone si el feto está muerto, es más fácil de acon que de hacer. El asinclitismo exagerado, la altura y desviació la base, la posible movilidad de la cabeza, por estar retenido hombros por el anillo de contracción, la dureza de los huesos, son circunstancias que frecuentemente se reúnen para dificult imposibilitar la intervención. Si la cabeza desciende y el par detiene, generalmente depende la detención de retención d hombros por el anillo de Bandl ó el cuello. En este caso la esp ción puede prolongarse, y si la intervención es precisa, claro

Digitized by Google

que el forceps es el indicado, siempre que la contractura del anillo no oponga obstáculo insuperable.

Causa muy frecuente de distocia por hipermegalia es la dificultad ó imposibilidad del desprendimiento de hombros. Esta complicación puede dar lugar á fístula, con la misma ó mayor razón que los troncos abandonados; porque en este caso, el hombro anterior, aplicado al *septum*, debe ser muy agresivo. Sirva de ejemplo la observación de Dehanne (Mem. de l'Acad. Royal de Belgique, IV, 272), en la que la fístula se produjo porque, efecto del volumen fetal, permanecieron los hombros atascados durante cinco horas. Idéntico es el caso de Herrgot (*Ann. de Gyn.*, XXII). En estos casos puede también producirse la fístula por rasgadura, como lo demuestra la relativa frecuencia de esas hemorragias producidas por esta causa, estudiadas por Gueniot y Pierra (Soc. Obs. de France, 1904).

Sentimos de nuevo que la limitación obligada de este trabajo nos impida estudiar, con la detención que exige, el variadísimo y discutible tratamiento de esta modalidad en tal distocia. Desde la expresión uterina, la depresión de cabeza (Vilpelle), el desprendimiento del hombro anterior, su depresión (M. Kerrou: *The Scottich... Journal*, 1900) ó la reducción del hombro posterior (Larrú: loc. cit.), hasta la maniobra de Jacquemier, la cleidotomía de Phenomenoff y Sttrasman, la supraacromiotomía á lo Bonnaire y la embriotomía en V á *cielo abierto*, ó la diagonal de axila á cuello, pueden imponerse en tan penosa situación. Con la sola enumeración de estos múltiples medios, se comprende el difícil problema que se nos plantea en este apurado trance. Las dificultades del diagnóstico concreto, y, por tanto, la imposibilidad de precisar si el volumen ú osificación de la cabeza, ó la amplitud del biacromial, permitirán el parto espontáneo, nos hace perder la oportunidad de practicar una cesárea, única intervención que en casos graves hubiere podido garantir relativamente la vida é integridad de tejidos de la madre y la existencia del feto.

Debe ser frecuente la coexistencia de la anencefalia con la hipermegalia. He asistido un curioso caso en la señora de D. J. I., que después de un parto distócico por hipermegalia, tuvo otro prematuro de ocho meses, expulsando un anencéfalo que pesaba 4.750 gramos, y cuyo biacromial medía 18 centímetros. Como quiera que en estas condiciones puede originarse la fístula, y así lo demuestra el caso de Chailly (op. cit., tomo II, pág. 181), es innecesario recordar que, una vez verificado el diagnóstico, no debemos diferir la cleidotomía si el parto se detiene y la diagonalización de los hombros no es posible.

Análogos obstáculos á los que la hipermegalia origina puede producir la distocia por retención de feto muerto; puesto que radica

Digitized by Google

principalmente en el excesivo volumen que éste llega á ad
efecto del enfisema originado por la putrefacción, el cual le d
y hasta triplica (Varnier); si bien el reblandecimiento fetal, as
influye en la génesis de la distocia, debe influir en sus cons
cias. Esto no obsta para que el peligro que ésta supone, los in
tes á la intervención y los que son de temer por la sepsis, no
guen á intervenir con premura.

La hidrocefalia congénita es otra distocia de origen fet
constituye un semillero de peligros, y entre ellos la fácil prod
de nuestro proceso con una frecuencia reconocida por todos, si
sea la hidrocefalia una distocia rara; pero esta relativa rar
disminuye su importancia, porque la hidrocefalia, como toda
cia de estrecho superior, es de las que originan en ocasione
fístulas altas frecuentemente irreparables.

Cuando la hidrocefalia no origina distocia, ó lo que es más fre
te, después de originarla, se resuelve el conflicto espontánea
mediante la extravasación del líquido hidrocefálico bajo el pe
neo ó por el tejido celular del tronco, ó dirigiéndose á las cavi
torácica ó abdominal, ó por verdadero estallamiento de la ca
ya espontáneamente (Depaul, *Gaz. Obs. de Paris*, 1876) ó ya
de las tracciones que se verifican en presentación de nalgas (A
Rubio, García Morales, García Torres, Caravaca, Soc. Gin.
4 Abril 1883). Pero sabido es que con más frecuencia termin
muerte de la mujer, por agotamiento, toxemia ó, lo que es má
cuente, por rotura uterina ó colporresis. Si no ocurre desenla
funesto, repetimos que es causa abonadísima de fístula uro-ge
como lo demuestran los numerosos casos que la ciencia regist
mortalidad y morbosidad son, por lo tanto, temibles, y si á est
dimos el caso omiso que puede y debe hacerse de la vida de
en este caso, por no citarse uno solo en que haya sobrevivido
pués de originar la distocia, hecho inconcuso, aseverado y
Mme. La Chapelle y Dugés, se verá cuán difícil es compren
publiquen en la actualidad consejos abstencionistas. Por fo
son pocos los que tienen tal atrevimiento; como, por fortuna, ta
son contados los que blasonan públicamente haber extraído
vivos y viables mediante el forceps *en distocia por hidrocefal*

El pronóstico de esta distocia, como ha demostrado Le
(*Th. Paris*, 1903), depende de la oportunidad de la interve
mediante un diagnóstico también oportuno; con lo cual ha red
á inocente complicación la que antes era gravísima distocia.

Este diagnóstico sabemos es posible antes de la rotura de la
por medio de la palpación, la cefalometría á lo Perret, la tent
de Muller ó el *Eindruckbarkeit* de Brühl. Después de rota, y
dilatación suficiente, el tacto aprecia la amplitud de las fonta

Digitized by Google

así como en presentación de nalgas después de la salida del tronco, otras, como el *Asterión*, no apreciables en estado normal. La delgadez y movilidad de los huesos; la tensión, mejor que fluctuación especial; la extensión y forma de la parte que se presenta; la sensación que dan los pelos, por tenues que sean, etc., etc., facilitan para proceder á un tacto manual profundo, tacto para el que se está facultado, según Playfair, al observar violentos dolores casi tetánicos, sin encajamiento, en toda mujer bien conformada, con partos anteriores felices.

Debemos saber los medios que se han aconsejado para evitar sus gravísimas consecuencias y que suponen, por tanto, la profilaxis obligada de la fístula uro-genital. La perforación sencilla, ó la perforación seguida de forceps, ó, mucho mejor, la basiotripsia, si la perforación no fuere suficiente, cuando la presentación es de vértice; y la operación de Van-Huevel, seguida ó no de basiotripsia, si es de nalgas. Hoy no se admite la punción á lo Schrœder; ni la versión, que tan funestos resultados dió en el caso de Nelaton (Budin, loc. cit., página 89); ni mucho menos el forceps; porque la distocia por hidrocefalia es distocia de estrecho superior, y cuando la cabeza no pasa á ese nivel por los esfuerzos de la Naturaleza, el forceps es arma prohibida é imposible, y si pasa es inútil. Excusamos decir que son inadmisibles por completo las tracciones con lazos en escapulario sobre los hombros, recomendadas por el Sr. G. Morales y otros (Soc. Gin. Esp., 17 Enero 1883).

Prescindimos de otras distocias de origen fetal; pero no podemos pasar en silencio las importantes, múltiples y variadas complicaciones que origina la inserción baja de la placenta. Aunque esta anomalía ha fijado la atención de todos los autores, se han referido éstos principalmente á la complicación más grave que al parecer produce, ó sea á la hemorragia; y han descuidado, siquiera sea de una manera relativa, el detallado estudio de otras múltiples consecuencias, quizá mucho más importantes por la frecuencia con que deben dar lugar á graves distocias, por su difícil diagnóstico en ocasiones y, por tanto, por las dudas que se presentan para adoptar la conducta más beneficiosa. Los trastornos que acarrea en la contractilidad uterina; la facilidad para desarrollarse la infección; la frecuencia con que origina la rotura prematura de las membranas; las adherencias anormales de éstas al contorno del orificio interno; los obstáculos á la dilatación del cuello; la frecuencia de las presentaciones viciosas, de las procidencias ó desviaciones de miembros; dificultades de la intervención, y, ante todo, la fragilidad que origina en el cuello, dando lugar á rasgaduras limitadas ó extensas que pueden dar lugar á fístula (Tarnier y Budin), nos obligan á llamar la atención sobre esta distocia.

Digitized by Google

Fácil es, por tanto, comprender la importancia que tiene un diagnóstico oportuno, el cual es tan fácil cuando esta com ción se acompaña de sus típicas hemorragias, y podemos ap la sensación de esponja prefetal ó tocar la placenta en las va des marginal, central parcial, ó central completa, como difícil c carecemos de estos elementos diagnósticos. Y esto es tanto m portante cuanto más frecuente, porque la variedad lateral, la que más abunda, es en la que generalmente no podemos ap dichos elementos. No obstante, si en una mujer bien conform en la que, con la tentativa de Muller ó la palpación mesur podemos eliminar el exceso de volumen de la cabeza fetal; practicar el reconocimiento, no apreciamos con claridad uno polos de la cabeza (Spencer); si esta mujer es primípara; s acto del parto apreciamos una presentación más ó menos dis si apreciamos asimismo rugosidades, poca movilidad, espe ante todo, arborizaciones vasculares en la bolsa; si se presenta hemorragia con escasa dilatación, y si, como complement teniendo presentes los múltiples casos en que se puede pre apreciamos también el pulso vaginal de Ossiander, estamos caso de sospechar esta anomalía y verificar un tacto profund dilatación nos lo permite, ó efectuar esta dilatación si no ciente y si algo nos obliga á intervenir.

Sin mencionar, por ser sobrado conocido y discutido, el miento de la inserción baja de la placenta, añadiremos, para nar esta parte, que la cortedad del cordón ha sido causa en u servación de Lusk (Kayrol: *Th. Paris*, 1904) de detención del que produjo la gangrena de todo el tabique uro-genital. E caso, á pesar de los elementos diagnósticos que figuran en e sis y en el trabajo de Jaquet (*Ann. de Gyn.*, 1878), sólo el tac nual profundo puede ilustrarnos sobre la causa de la detenci rotura de membranas cuando la dilatación es completa, el fór la versión, con anestesia, son los medios empleados si el peligr ó materno lo exige.

Todas las distocias que hemos analizado, conducen en últi mino á la tantas veces repetida lentitud ó detención del pa mediante ella, á la fijación ó enclavamiento de la parte fet comprimiendo los tejidos, es la causa próxima de la lesión c nimos estudiando. Y como quiera que por su frecuencia y p perniciosos efectos, es el ovoide cefálico el que generalmente duce, hemos de tratar una cuestión que, bajo el punto de vist tico, sintetiza, digámoslo así, nuestro estudio. Se refiere al tie cito que podemos permitir la permanencia de la cabeza en el inferior de la hilera genital. Sabemos que todo parto que du de veinticuatro horas, puede considerarse como lento; pero e

Digitized by Google

cialísimo distinguir el parto lento del enojoso. En el enojoso el parto se prolonga más ó menos tiempo, sin que la madre ni el feto experimenten peligro alguno. En el lento sufren ambos. Empieza por dificultarse la circulación venosa vulvo-vaginal, sobreviniendo el edema y restableciéndose la circulación si la compresión dura poco; pero si persiste, se producen extravasaciones sanguíneas, trombosis circunscritas y alteraciones de las paredes de los vasos, que anulan la circulación de la parte comprimida; lo que, unido al magullamiento de los elementos celulares, determina la mortificación. A todo esto, la vagina se calienta y se reseca; la orina se hace sanguinolenta; se acelera el pulso; se seca y ennegrece la lengua; se eleva la temperatura, ya por infección ó, lo que es más frecuente, por el ingreso en la sangre de leucomaínas originadas por la destrucción de tejido; sobreviene el sopor, delirio, etc.; en una palabra, se presenta un estado seudo-tífico, y la mujer muere si este estado persiste.

Por parte del feto y anejos, la exageración de los movimientos activos; el cambio de tono de los latidos cardíacos; su lentitud, rapidez ó irregularidad; la alteración de líquido amniótico y el volumen creciente del tumor sero-sanguíneo, nos indican sus sufrimientes y acción vulnerante. Todos estos fenómenos representan otros tantos guías á los que, como diremos, debemos ajustar nuestra conducta más que al tiempo transcurrido. En previsión de ellos se ha intentado significar un tiempo lícito durante el cual podíamos permitir, sin intervenir, la detención del parto, estando la cabeza en la excavación, y con mayor motivo en contacto con el periné. La mayoría de los autores admiten como término medio dos horas. Según Pajot, cuando la cabeza ha pasado el cuello uterino y permanece dos horas sobre el plano perineal, ha llegado el momento de operar. Cazeaux y Tarnier dicen que si la cabeza, profundamente encajada, no ha progresado durante cinco ó seis horas, se debe intervenir. En estas condiciones, Herff espera de dos á tres horas; Ribemont, sólo dos; Charpentier, hora y media. Hamilton decía que la vida del niño estaba comprometida pasando las dos horas de dilatación completa después de tocar la oreja. La escuela *procrastinante* esperaba seis horas y aun más después de tocar la oreja. Emmet, con el sentido práctico que le caracteriza y el profundo estudio que ha hecho de esta cuestión, ha significado un elemento más lógico y práctico. Según este autor, si la cabeza no retrocede después de cada contracción en el momento en que haya llegado al suelo perineal, y en este estado pasa media hora sin que se haya verificado la expulsión, ha llegado el momento de intervenir; significando, no obstante, que no tiene la pretensión, ni mucho menos, de establecer una ley inmutable, y advirtiendo lo esencialísimo que es distinguir, cuando la detención de la cabeza depende de obstáculos directos á su paso, de

Digitized by Google

cuando se verifica por la detención de los hombros al ni
cuello uterino. Budin, y otros antes que él, han protestado co
gía y sobrada razón de esto, que Pajot llamó *cuestión de rel*
pero dando Budin una importancia, en mi sentir exagerad
falta de contracción uterina, asegura sin distingos que, si n
ten contracciones, no existe tampoco peligro para la ma
el feto.

No sólo es difícil, sino imposible, pretender resolver esta c
en su sentido abstracto; pues así como tan esencial asunto
senta la síntesis de nuestro estudio, representa también la s
del criterio que establezca el tocólogo en cada caso particula
tan múltiples y variados los elementos que pueden modificar
tra conducta; es tan lato y gradual el concepto entre parto l
enojoso que, en éste, como en todo problema que plantea la c
nidad en obstetricia, queda á la ciencia y conciencia del to
resolverle á la cabecera de la paciente. Con el recuerdo de lo
riormente expuesto (y algo más que no hemos podido expon
dominando hasta donde es posible dominar el diagnóstico p
tenemos generalmente datos suficientes para resolver este pro
sin hacerle cuestión de relojería. Tal cuestión se reduce á po
relación el tiempo de detención de la cabeza, con el estado lo
general de la madre y los sufrimientos del feto; investigand
todo la causa de la detención. Concedemos también gran imp
cia á la naturaleza de las contracciones; pero, como hemos in
do, distamos mucho de estar conformes con la inocuidad que
asigna á la inercia. Es indudable que si la cabeza puede retro
después de cada contracción y en seguida sobreviene una i
absoluta, lógicamente podemos pensar que el peligro de comp
disminuye en gran parte; pero de esto á suponer que, prescind
de otros peligros, desaparece por completo, hay mucha dist
En primer término, cuando la matriz agota sus esfuerzos, ge
mente ha inmovilizado la cabeza de tal modo que el sitio de
presión, aunque no exista verdadero enclavamiento, no pued
riar mucho; es difícil admitir que la inercia sea tan absoluta
útero pierda no sólo su contractilidad, sino su retractilidad; e
cil admitir también, que la infiltración de las partes no soste
alteraciones vasculares y la deficiente vitalidad celular; en u
labra, es inverosímil que la compresión persistente cese hasta
tremo de permitir la reintegración de las partes; y como ya
manifestado que en la génesis de nuestro proceso influye m
tiempo que la entidad, y hemos admitido también que la teo
Martinelli todo lo que puede tener de exagerada tiene de lógi
tamos facultados para no admitir la inocuidad de la inercia.

Excusamos insistir en la influencia que ha de ejercer un

Digitized by Google

nóstico exacto, en la oportunidad de la intervención; porque es evidente que, así como existen causas de distocia transitorias, existen otras, que no sólo son permanentes, sino que sus obstáculos y peligros aumentan en razón directa con el tiempo transcurrido.

El estado local, ya por compresiones anteriores, ya por defecto de vitalidad de las partes, por su infiltración, existencia de cistocele, etc., nos obliga á apresurar la intervención. Y no digamos nada de lo que debe influir en nuestra conducta el estado general de la madre; porque prescindiendo de ciertas lesiones anteriores, como las cardíacas, que pueden obligarnos á intervenir por sí solas con urgencia, existen otras, aparte de las discrásicas mencionadas, que nos indican el compromiso de mortificación en que se encuentran las partes comprimidas. La toxemia, con su estado seudo-tífico, la irritabilidad exagerada, la tendencia al agotamiento, etc., nos hacen prever los peligros de una espectación más ó menos prolongada, y nos obligan á intervenir con más ó menos premura; así como en otras ocasiones las posibles consecuencias del parto rápido, nos obligan á detenerle en la medida de lo posible. Por ejemplo, en una primípara de más de cuarenta años, con enérgicas contracciones y que *marque* antes de tiempo, es nuestro deber, siquiera no sea más que á título profiláctico de la lesión que nos ocupa, extremar el uso de los sedantes, para procurar dar tiempo á la dilatación precisa sin rasgaduras peligrosas.

Por lo expuesto hemos podido convencernos de la influencia que el período del parto tiene en la producción de la fístula. En el estrecho superior, la relativa debilidad de las contracciones, la también relativa movilidad de la cabeza y, ante todo, la persistencia de la bolsa de las aguas, garantizan la integridad de los tejidos maternos de tal modo, que podemos prolongar indefinidamente nuestra espectación; pero una vez rota la bolsa, fija la cabeza y tal vez contracturada la matriz, aunque ningún autor ha pretendido señalar límite de espectación, claro está que, peligros deben existir, y la intervención se impone. Es más: en previsión de este estado, debemos en ocasiones apresurar la intervención, antes que la rigidez del cuello, la contractura uterina, la pérdida de aguas, la fijeza de la cabeza, etc., etc., hagan más penosa una dilatación ó contraindiquen la versión.

En la excavación, la relativa amplitud de diámetros maternos y la diversidad de radios del segmento cefálico témporo-parietal y el arco anterior de la pelvis, garantizan asimismo, siquiera sea también de una manera relativa, la integridad del *septum*; pero llegada la cabeza á la angustia inferior y en contacto con el suelo de la pelvis, ascendido el cuello y atirantado el tabique uro-genital, adaptados los segmentos cefálico y pelviano, aumentada la energía de la

Digitized by Google

prensa abdominal, y puestos en acción los haces del elevado
estas causas se complementan para aumentar los efectos f
de la compresión. Compréndese, pues, que la inmensa may
las fístulas se originen en este período; y compréndese, po
que durante él, sea más comprometido prolongar la especta
como quiera que la intervención que tal detención impone es
más inocentes y sencillas á ese nivel, se concibe la responsa
que asume el que asiste desde su principio á un parto segu
fístula. No obstante, todavía hay publicaciones recientes c
fienden la prolongación de la espectación en este período. C
(*Th. Paris*, 1904) ha obtenido mediante una estadística de 1.00
el término medio de treinta y seis minutos para el período ex
pero, de acuerdo con Pinard, considera abusivo el uso del
fundándose sólo en el tiempo transcurrido. Hasta aquí, dicl
petido está, que todos estamos de acuerdo; pero en lo que no
mos estar, es en la deducción que obtiene de una estadística
casos en los que el período expulsivo duró de cuatro á nueve
dando la espectación el 4 por 100 de mortalidad fetal, y el
9 por 100. Prescindiendo del escaso valor de estadística ta
numerosa para juzgar este asunto, y de que existen otras r
portantes, entre ellas la de la Maternidad de Dublín (*Edim
Journ.*, 1861), que demuestran que la mortalidad materna d
yó cuando se empezó á aplicar el forceps antes de lo que se a
braba; y prescindiendo también de que Cantonet sólo tiene en
el peligro fetal, no puede con esta estadística hacer desapar
numerosísimos casos en que, por esperar menos de esas nueve
se produjo un desastre. Es más: si descartamos las indicacio
Cantonet ó, mejor, Pinard, asignan al forceps, seguramente
excepcional tuviéramos que esperar ese tiempo.

Yo creo que estos consejos abstencionistas y, ante todo,
mos como el de Letamendi, cuando se le ocurrió escribir: «Si
tener tranquila tu conciencia, procura ser avaro de forceps
digo de paciencia», son sumamente perjudiciales, pues la
autoridad de su autor faculta, al parecer, punibles especta
Letamendi, según creo, debió decir: «Si quieres tener tran
conciencia, no abuses del forceps, pero menos de la pacienci
die duda del abuso que del forceps se hace. El temor de la
cuencias de una ligera inercia ó resistencia perineal; las im
cias de la parturiente, de la familia ó del mismo tocólogo; l
llez de la intervención, ya que no otros incentivos más pecan
predisponen á su abuso. Pero, por grande que pueda ser
so del forceps, más grande creo es el abuso que se hace de
ciencia, y más grandes los estragos que ésta causa. Excepcion
te, el que no tenga confianza en sus manos, aplicará el force

Digitized by Google

de que sea oportuno; y si posee esa confianza, seguramente el forceps no causará daños, aunque le aplique algo extemporáneamente, evitando quizá con esa anticipación mayores males. El que por timidez, ignorancia, ó sistema, peque en el extremo opuesto, creo con Emmet, que causará mayores perjuicios.

Réstanos, para terminar nuestra labor, indicar las nociones más precisas sobre la intervención obstétrica, en relación con la profilaxis de las fístulas uro-genitales.

Admitiendo que la intervención obstétrica, si bien de una manera completamente excepcional, puede ser causa de fístula, sea por las dificultades inherentes al acto operatorio, por defecto inevitable de un diagnóstico concreto, por agravar las lesiones producidas por la compresión fetal, ó por exigirla más de lo que nos puede dar, comprometiendo los tejidos maternos, con el plausible propósito de salvar la vida del feto; en una palabra, peligros que lleva consigo la intervención correcta, que serían ilusorios si el acto operatorio pudiera verificarse siempre en condiciones ideales y de absoluta independencia; pero que en la práctica obstétrica son muy de temer, por escasear estas condiciones. Admitiendo esto, y admitiendo también que, no sólo en cada intervención, sino en cada momento operatorio, los peligros son varios y, por tanto, variadas también las precauciones que hemos de adoptar, tendríamos necesidad, para llenar cumplidamente nuestro cometido, de analizar, juzgar y discutir detalladamente las múltiples y variadas operaciones obstétricas; puesto que en estos detalles precisamente se funda la profilaxis de nuestro proceso. Repetido esto para justificar lo incompleto que necesariamente ha de ser este estudio, vamos á procurar, dentro de su inevitable concisión y deficiencia, significar los puntos más esenciales que se relacionan con nuestro asunto.

Las especiales circunstancias en que nos vemos precisados á intervenir en Obstetricia, separan por completo estas intervenciones de las restantes operaciones quirúrgicas; en éstas, generalmente, todo debe estar previsto; en aquéllas, por previsto que esté, siempre tenemos que luchar con lo eventual. En las quirúrgicas, la vista guía generalmente todos nuestros actos; en las obstétricas tenemos que prescindir de sentido tan esencial. Generalmente también en las quirúrgicas podemos elegir hora, medio, ayuda, comodidad, etc., condiciones difíciles ó imposibles de conseguir en las obstétricas; y todas y cada una de las imperfecciones que, por tanto, han de acompañar á nuestros actos operatorios, representan otros tantos peligros que, ya que no podamos separar en absoluto, debemos procurar aminorar en lo posible.

Es, ante todo, indispensable el conocimiento de ciertas generalidades descuidadas por la mayoría de los clásicos; generalidades

Digitized by Google

tanto más indispensables para nosotros, cuanto que no pode
trar en los detalles de cada intervención. Más de una vez h
sistido en la necesidad de verificar un diagnóstico preciso
proceder á cualquier intervención, sin el cual ésta puede
ofensiva *per se*. Y no sólo debemos efectuar ese diagnóstico
te un metódico y detenido examen local, sino, como ya indic
bothan (*Practical Obs...*, vol. 1.°, 1832, pág. 257), es necesa
bién un detenido examen general. En el curso de este tra
mos indicado repetidas veces el papel que juega la edad, l
paridad, estado discrásico, sepsis, etc., en la etiología de la
Asimismo fácilmente se comprende la necesidad de conocer
la vida ó muerte del feto, sino su estado de sufrimiento y
bilidades de muerte durante el acto operatorio. Muchas v
nuestro deseo de salvar la vida del feto, confiando demasia
compatibilidad de ésta con los trastornos que observamos e
ble latido, comprometemos inútilmente los tejidos maternos
raciones mal llamadas conservadoras en este caso, cuando
biéremos respetado con una sencillísima basiotripsia baja. A
la más elemental profilaxis impone la oportunidad de medi
cedimiento, y esto solamente podemos cumplirlo con un dia
preciso. Y no sólo por lo que respecta á los intereses de la
sino á nuestra responsabilidad y á la responsabilidad de
vención. Si todos los operadores se enteraran bien, antes
venir, del tiempo de detención probable de la cabeza, de la
ción de las partes, de las condiciones de la orina, de la na
de las contracciones, de las posibles laceraciones produci
tentativas anteriores, del estado del feto y sus probabilid
vida, etc., etc., no pesarían sobre algunos tocólogos y sob
nas intervenciones, los cargos que suelen pesar.

Obligados á operar frecuentemente en *medios impos*
cuanto á la asepsia, es inútil indicar los prolijos cuida
respecto á la desinfección hemos de tener; enterándonos
habitación ha existido algún caso infeccioso, y si es así,
do en otra. Inútil es también recordar que si hemos asis
guno de estos casos y, ante todo, de infección puerperal,
der y Wiedow exigen pasen dos días antes de ser licit
á parto; Zweifel ocho, y Winckel catorce. A pesar de lo
rias que resultan estas fechas, nos imponen la obligación
tremar la desinfección de nuestra persona. Un detalle d
tener en cuenta es la necesidad de no separarnos de lo
tes de goma, tanto para intervenir en lo séptico, cuan
precavernos, precaver á nuestras asistidas, y estar disp
intervenir en casos de suma urgencia. Otro detalle que c
tinente es la elección del antiséptico. Prescindiendo de s

Digitized by Google

gia y contraindicaciones, sabido es que, en general, los antisépticos curten, digámoslo así, y arrugan la vagina, y excusamos recordar lo que este estado dificulta nuestras manipulaciones y las violencias que éstas exigen. Claro está que esto se remedia con lubrificantes; pero aparte de que la vaselina cumple imperfectamente este cometido, no siempre podemos contar con su asepsia, lo que yo evito hace tiempo usando el lisol.

Huelga significar también lo indispensable ó, por lo menos, conveniente, que es ir preparado á todo evento con instrumental apropiado; pues si bien á veces podemos llevar á buen término con material de ocasión intervenciones complicadas, es obvio suponer que un buen instrumental facilita la intervención y disminuye sus peligros.

Es asimismo innecesario recordar lo perjudicial que resulta operar incómodo ó con poca luz, por la mala dirección de nuestros esfuerzos, cansancio consiguiente, precisión de vigilar el periné, practicar suturas, etc. No diremos que sea precisa una posición *tan correcta* como la que exigía Levret (*L'art des accouch.*) cuando decía que el comadrón debía estar de pie, con las piernas abiertas formando un ángulo de 45°, etc., etc.; pero sí que es muy conveniente que la vulva esté á la altura del pecho del operador, como aconsejaba el mismo maestro.

Las ventajas de una ayuda inteligente no necesita tampoco demostración. En todas las intervenciones es utilísima, y en muchas completamente indispensable. Hoy se da toda la importancia que tiene á la posición que debe adoptar la mujer en el parto espontáneo y en el intervenido. En el parto normal, prescindiendo de toda postura incómoda para la asistencia del período expulsivo, no se puede imponer postura alguna sistemática. No obstante, la disnea, la inercia por apatía, la dilatación lenta, etc., indican posiciones adecuadas (A. Rubio: *Congr. gin. esp.*, 1888). En la generalidad de las intervenciones sabemos que la posición obstétrica es la obligada. Pero si generalmente en el parto normal y en el intervenido la posición juega un papel secundario, por el hecho de las modificaciones que imprime á la amplitud del conducto genital, á la dirección de la energía uterina ó al efecto que pudiera tener sobre el esfuerzo expulsivo, en gran número de casos tiene también una influencia tan manifiesta, que no podemos dispensarnos de algunas consideraciones sobre su acción en la profilaxis de la intervención, y á título de medio profiláctico en sí.

Aun en el parto normal, parece ser que el decúbito lateral garantiza más la integridad del periné, y la posición recomendada por Remy favorece la expulsión. Pero en los casos en que, sin duda al-

Digitized by Google

guna, puede prestar más servicios una posición bien ente
en los de desviación uterina, orientación viciosa de la pelv
gustias relativas de la pelvis ósea. Ducan fué el primero qu
la posibilidad de deflexionarse la cabeza al verificarse el
miento, efecto de una látero-versión uterina; y Schrœder, e
plicó el mecanismo de esta anormalidad por el hecho del e
miento que sufre el útero durante cada contracción. Es
también, la viciosa dirección del esfuerzo uterino en el vie
dulo y en la orientación anterior de la pelvis; y es obvio su
partido que podemos obtener del conocimiento de estos hec
contrarrestarlos en lo posible con posiciones adecuadas.

Más importante, si cabe, es la influencia que la extensió
ó abducción de los muslos, tienen sobre la amplitud pelvi
resultado que podemos obtener de esas posiciones en angu
vianas benignas, ya se verifique el parto espontáneament
necesaria la intervención. La hiperextensión, fijando el sa
ciendo bascular los ilíacos, efecto de la movilidad de las ar
nes sacro-ilíacas, estudiada por Luschka, Hyrtl, Zaylas, e
á Valcher (*Die Conjugata... Centr. f. Gyn.*, pág. 892, 1889)
tener resultados prácticos con la posición que lleva su n
que sabemos consiste en colocar á la mujer en el borde de
ó mesa, con las piernas más ó menos péndulas; pues sabid
bién, que la posición de Valcher tiene dos modalidades, un
y otra forzada. Estas posiciones aumentan el C. V., al deci
zani (*La posicione de Valcher*, Soc. Ital. de Obs.), en 2,5 ce
cuando la mujer pasa de la posición obstétrica á la hori
en 6,8 á la hiperextensión; siendo mucho más ostensible est
to en la pelvis viciada aplanada. Aunque estas cifras s
exageradas, según Klein, Leopold, Wehle, y Hupert, na
gado á la posición de Valcher tan benéfica acción. Las m
en el vivo y en el cadáver, y la más elemental deducción a
así lo demuestran. Efecto de esta posición, el segmento a
la pelvis, basculando por la movilidad de las articulacion
ilíacas, hace descender el pubis, por lo que el C. V. result
tado y la pelvis antevertida. Esta anteversión, en concept
zoni y Pestalozza, debe tener más importancia, si ca
aumento del C. V., porque permite al parietal posterior sob
promontorio, aprovechando la concavidad del sacro, pa
del biparietal.

Según Pinard, Varnier y la observación más elementa
ción de Valcher aumenta la amplitud del estrecho supe
disminuye la del inferior, lo que es evidente, pues al baja
todo lo que éste se separa del promontorio se acerca al c
el contrario: la hiperflexión de los muslos acorta el C. V. y

Digitized by Google

el coxi-pubiano, como ya había previsto Schmith, y han comprobado Küttner en el cadáver, y Bonnaire-Bué (Congr. inter., Amsterdam, 1899) en el vivo; calculando dicho aumento en 19 milímetros respecto á la posición horizontal, y 14 respecto de la obstétrica.

Extráñame, y mucho, que en estas observaciones no se hayan tenido en cuenta el posible aumento de los oblicuos y transverso, efecto de la abducción forzada que indicó Martinelli; así como de los efectos de dicha abducción, combinada con la hiperextensión ó hiperflexión recíprocamente. Aunque la escasa separación de la sínfisis pubiana no permita gran beneficio, si permite alguno, no hay beneficio pequeño en este sentido.

Ni es preciso, ni podemos detenernos en analizar la posición que facilita la aplicación de forceps en caso de vientre péndulo, y las que favorecen la versión; y vamos á pretender completar lo dicho respecto á la aplicación de forceps, en cuanto se refiere á la profilaxis de la fístula uro-genital.

Como era natural suponer, dada la frecuencia de esta intervención y su supuesta sencillez, hemos visto que figura en el 85 por 100 de las fístulas consecutivas á parto intervenido. Esta y otras cifras han permitido á Munchmeyer, Smith y Vatil para calificar á la aplicación de forceps, como la operación más sangrienta de la Obstetricia. Los franceses, por el contrario, defienden su inocuidad, fundándose en sus estadísticas, entre ellas la de la clínica Tarnier, desde 1896 á 1899, en que se aplicó 236 veces sin accidente consecutivo alguno, lo que permitió decir á Maygrier (Soc. Obs. de France, 1899), con esa inmodestia tan genuinamente francesa, que esta diferencia tan enorme de criterio, dependía de que los franceses poseían mejor forceps y lo aplicaban mejor.

Es indudable que gran parte de los funestos resultados que se imputan al forceps, deben depender del incomprensible horror con que generalmente se mira toda intervención que tenga por objeto reducir el tamaño fetal; lo que hace exigir al forceps, en muchas ocasiones, más de lo que puede dar sin detrimento; considerándole erróneamente como instrumento de reducción. En este sentido, el principal peligro del forceps, estriba en la excesiva tracción, por la imposibilidad de apreciar cuándo termina el efecto útil, y cuándo empieza el perjudicial; y apreciar asimismo el límite de tolerancia de las partes maternas. Sin mencionar los irracionales medios de tracción, tales como *el de la cuerdecita* que ideó Alberty, ni el más inconcebible á lo Giordano, de Turín, es tal la lucha que se entabla en esta intervención entre el obstáculo y el esfuerzo necesario para vencerlo; es tal, en general, lo que estimula el amor propio de los poco prudentes, que, instintivamente, se emplea una fuerza exagerada, *vera follia*, como dicen Guzzoni y Pestalozza, cuyas conse-

Digitized by Google

cuencias son fáciles prever, y se hacen ostensibles en los c
citados de Blundel, Duparcque, y en otros mil.

Nunca debemos olvidar las palabras de Pajot (*Trav. d'*
cétera, 1882), producto de un talento como el suyo, y cuare
de práctica: «En una aplicación de forceps jamás despliego
fuerza; hago tracciones moderadas; si la cabeza resiste,
instrumento; una ó dos horas después repito la aplicación,
por eso me entregue á mayores esfuerzos; y entonces, si m
tivas resultan impotentes, sin vacilar adopto la resolución
ficar el feto». Y como síntesis de estos y otros sabios
recordar siempre una de sus célebres frases: «EN ACCOUCH
IL FAUT SAVOIR S'ARRETER Á TEMPS». No debemos olvidar a
que *la compresión es proporcional á la tracción* (Delore:
hebdomadaire, 1865), ni tampoco que las reglas para utiliza
el menor daño posible, son: 1.ª, tirar según los ejes pe
2.ª, tirar despacio, gradualmente y con pausas.

Lo que pudiéramos llamar disposición instrumental en el
tiene una relación tan directa con las lesiones maternas y
que en ocasiones es suficiente por sí sola para explicarlas.
no, la responsabilidad que asigna Demelin al forceps Ta
gran curvadura; recuérdese también que Barnes (op. cit.,
atribuía el abuso que en Inglaterra se hacía de la embrioto
fálica, á las deficiencias del forceps corto de Denman.

El paralelismo ó entrecruzamiento de sus ramas parec
por lo que á nuestro asunto respecta, un interés secundari
embargo, el forceps de ramas paralelas, respetando más la
fetal, permite suponer sea más agresivo para la madre por l
reducción que produce en dicha cabeza. Por el contrari
serlo menos, por originar menor prolongación por compe
Además, al decir de Demelin, desliza menos y sus escapes d
menos frecuentes; pero esto no debe depender del paralel
las ramas, sino de su curvadura cefálica y sistema de presi
ne gran importancia este sistema y su manejo, en lo que s
á la compresión fetal; pero no tanta respecto á la materna.
tante, aumentando las prolongaciones por compensación, si
prime con exceso, y haciendo más persistentes las comp
maternas, si no se afloja de cuando en cuando, es element
de consideración.

Mayor importancia tiene la curvadura cefálica. Los de s
nor parecen menos agresivos, y sin embargo, lo son más
deslizan más. Sus compresiones son más limitadas, sus
más frecuentes, y el aumento de diámetro por compe
mayor.

Respecto á la curvadura pelviana, se comprende que, si

Digitized by Google

gerada, el choque ó escapes de sus bordes anteriores, puede vulnerar el *septum*.

Hoy se da toda la importancia que en realidad tiene á la curvadura pelviana y á todos los medios de tracción que tiran en relación del eje de la pelvis. Hemos insistido lo suficiente en este asunto para no tener que añadir una palabra más. En resumen: prescindiendo de la tracción ó curvadura perineal, un buen fórceps no debe pesar más de 500 gramos, porque, en igualdad de condiciones, la gravedad del traumatismo está en razón directa de dicho peso; su curvadura pelviana ha de ser tal, que colocado el fórceps en un plano, la parte media de los bocados esté á 8 ó 9 centímetros de dicho plano; su seno ha de tener 7,5 centímetros, la separación de sus picos 1 á 1,5, y su longitud 35 á 40.

Una precaución elemental es procurar no interponer entre las cucharas y la cabeza partes maternas. De lo contrario, se producen esas desgarraduras mencionadas por Velpeau (*L'art d'accouch.*, tomo II, pág. 195, y Duparcqué: op. cit., pág. 213), ya que no el arrancamiento de toda la porción vaginal, como se verificó, entre otros, en el caso de Jungmann, citado por Curry (*Th. Paris*, 1873, página 17). Esto nos indica la necesidad de sentir, por lo menos en las extremidades de nuestros dedos, la sensación característica del cuello en toda aplicación de fórceps algo alta; puesto que en las bajas, una vez retraído dicho cuello, generalmente está fuera del alcance de las cucharas; pero, aun así, en caso de tumor serosanguíneo voluminoso, presentación de cara ó frente, y cuando la cabeza viene la última, es fácil cogerle, por lo que en tales casos debemos introducir la mano lo suficiente para orientarnos. Además, no debemos olvidar que la aplicación de forceps constituye un verdadero cateterismo.

Existe un asunto importantísimo respecto á nuestro asunto, que se refiere á las desventajas y peligros de la aplicación de fórceps en el estrecho superior, ante todo en viciación pelviana relativa. Con frecuencia se supone que esta aplicación no presenta más inconvenientes que sus dificultades; pero de tal manera se admite en el fórceps una inocuidad relativa, pero exagerada, sobre la vida del feto, y de tal manera también se olvida al parecer la integridad de los tejidos de la madre, que lo visto me permite sospechar no se han generalizado como debían los interesantes estudios de Stein, Boer, Hohl, Lardemer, Simpson, Randorf, La Chapelle, Ringmann, Schroeder, Goodell, etc., repecto á este asunto. Aunque no creemos, ni mucho menos, pueda ni deba prescindirse del fórceps á este nivel, ni ignoramos los argumentos de Joulin, tratando de rebatir á Simpson; ni la opinión de Chantreuil respecto á la versión; sus desventajas y peligros son tales, que, según creo, constituyen uno de los cargos

Digitized by Google

más graves y quizá justificados que pueden hacerse á la ap
de fórceps.

En toda angustia pelviana, sea por causa materna ó feta
mos que la cabeza se presenta semitransversal ó transvers
en el estrecho superior, porque generalmente el C. V. es el
metido; sabemos también, que el diámetro biparietal pasa
el parto normal á beneficio del asinclitismo y movimiento d
la; necesitando además, á poco graduada que sea la difer
diámetros, poner en relación con el C. V. el bitemporal y no
rietal, que además de ser mayor es mucho menos reductibl
el punto que si bien Siebold, Osiander y Velpeau dicen pue
cirse 13 milímetros, Baudeloque, comprimiéndole con su
fórceps, sólo consiguió reducirle 8; observando que la prolo
por compensación era menor. Verdad es que Baudeloque no
cuenta la prolongación del diámetro vertical; cuya importa
mostraron después Joulin y Chassagny.

Es indispensable recordar que la reductibilidad de la
puede ser absoluta, relativa ó práctica. La absoluta, ó sea la
duce todos los diámetros cefálicos, se obtiene por el pas
á 20 c. c. de líquido cefálico al raquis (Theling). La relativ
rifica por la compresión limitada de un punto de la bóveda,
eminencia ósea ó un instrumento, y se obtiene, efecto de la
gación de diámetros de compensación. De este modo se pue
cir de 2 á 3 centímetros; pero pasando de 15 milímetros, son
mer las fracturas de la bóveda (Delore, Joulin). La reduct
práctica, es la absoluta y relativa compatible con la vida de
según Cuzzi no llega á un centímetro, estando el peligro de
ducción en razón directa de la rapidez de su acción (Budin:
Méd., 1879, pág. 62).

Lo esencial para nuestro estudio es que, aun siendo relat
te escasa la reductibilidad total de la cabeza, todavía es m
nivel del biparietal; y como según Goodell y Joulin, el fórc
ga, efecto de la flexión que origina en la cabeza, á pasar di
metro al nivel del C. V., y como, por otra parte, así como se
la escasa reductibilidad del biparietal, no puede menos de
se su aumento por compensación, se concibe lo que han de
tar las compresiones durante el paso de la cabeza por la
superior. Pero, con ser tan importante este obstáculo, toda
ser menos que la inmovilidad que el fórceps produce en la
impidiéndola verificar el movimiento de báscula y buscar
occipucio la parte más ancha del estrecho, desperdiciando
manera preciosos espacios que sólo sirven para facilitar p
cias; con tal frecuencia, que si hubiéramos de creer á Chill
re, se verifican dos veces en cada cinco casos, habiéndolas o

Digitized by Google

do este autor dos veces en tres casos (op. cit., tomo II, pág. 262). Esto por lo que se refiere á una presa directa en cuanto á la pelvis.

Si se verifica una presa ántero-posterior, los peligros son mucho mayores, y ante todo por lo que á nuestro asunto respecta; porque la rama posterior, generalmente mal tenida por el ayudante, rechaza la cabeza al lado opuesto haciendo el oficio de palanca, lo que hace muy difícil y comprometida la aplicación de la rama anterior y la articulación. Además imposibilita el asinclitismo y movimiento de báscula; flexiona más que ninguna otra la cabeza; imposibilita la tracción en la dirección del eje, si no se emplea la del centro de figura; y por último, la compresión á lo Pajot es mucho mayor, verificándose á expensas de compresiones en el tabique uro-genital. Así se explica que esta aplicación exija esfuerzos tan violentos que en un caso de William Goodell, con sólo una estrechez de 104 milímetros, las tracciones violentas duraron más de dos horas, y que sea tan frecuente como lo ha observado (Rousch Saint Peters: *Méd. Woch.*, 1901) la disyunción de la sínfisis pubiana. Esta lesión, favorecida por la forma del arco anterior, cuya importancia ha significado Fochier de Lyon, y quizá por esas artropatías indicadas por Budin y estudiadas por Lop (*Presse Méd.*, 1901), se dice favorece el paso de la cabeza en aplicación transversa ú oblicua, hasta el punto que modernamente H. Reynier (*Th. Lyon*, 1905), refiriéndose á la pelvis *justo minor* aplanada, cree que la versión está indicada con arco de gran curvadura y el fórceps en la de pequeña. Así, pues, á pesar de las modificaciones que Uytterhowen, Baumers, Try, etc., han ideado en sus fórceps asimétricos, Farabeuf con su palanca prehensora, y modernamente Arnaux con un instrumento análogo presentado en el Congreso de Rouen en 1904, para facilitar el asinclitismo y movimiento de báscula, la presa ántero-posterior está abandonada con justísima razón.

En medio de los peligros que lleva consigo el forceps en el estrecho superior, la presa oblicua es la que relativamente presenta más ventajas. Ante todo es la más fácil, porque siendo los puntos de contacto los extremos del conjugado, quedan espacios libres por fuera de la articulación sacroiliaca y de la región íleopectínea, para la colocación de las ramas, lo que no sólo facilita la aplicación, sino que nos permite dislocar lo menos posible la cabeza, sobre todo si empleamos el proceder de Hubert y Hatin, ó tal vez mejor el de Obissier. La tracción, si no se verifica en la dirección del eje de la pelvis, se aproxima mucho á él; por lo que esa perniciosa fuerza, tantas veces repetida, es mucho menos exagerada. Por último, con esta presa el bitemporal, ó un diámetro próximo, es el que se encuentra en relación con el conjugado.

Por lo tanto, á título profiláctico de la fístula, la versión, siempre

Digitized by Google

que sea posible, es la operación de elección en el estrecho s
Con la versión, como dice Goodell, la cabeza atraviesa el co
entrando por su biauricular y saliendo por el bitemporal;
rietal va á la parte más ancha de la pelvis, y en ocasion
tantos minutos la versión, como horas la aplicación de forc
lo que las compresiones no sólo son mucho menores, sino
menos persistentes. En una palabra: la versión representa
auxiliando la obra de la Naturaleza; al paso que el forceps e
contrarrestando tan benéfica obra.

Asunto interesantísimo para nuestro incentivo sería el qu
fiere á la aplicación de forceps en las occípito y mento-post
pero en la imposibilidad de analizar detenidamente esta c
nos limitaremos á indicar las ventajas que reporta efectuar,
que sea posible, la rotación manualmente antes de verificar
cación (Loviot: *Ann. de Gyn.*, tomo XXII, pág. 241).

Dos palabras solamente respecto de la versión por manio
ternas, única que en esta intervención nos interesa. Verifi
condiciones ideales, es decir, con pelvis suficiente, dilataci
pleta, rotura de la bolsa momentos antes de intervenir, y m
de partes blandas, amplias y dilatables, es decir, la versi
quée de los franceses, ó *wendung um geraumen* de los al
claro está que no sólo carece de peligros, sino que es una d
tervenciones más sencillas de la Obstetricia; pero en con
opuestas, con vaginas rígidas y estrechas, cuello poco dilata
vez infiltrado ó esclerósico, pérdida de aguas, fijeza de cabe
aunque la versión no esté contraindicada en absoluto, y
mente debamos intentarla en vista de las dificultades y peli
forceps en el estrecho superior, claro está que ha de ser
una intervención difícil y peligrosa. Por lo que á nuestro a
refiere, la distensión vaginal y la dilatación más ó menos
del cuello, que exige, así como la retención de cabeza, repr
sus principales peligros; pues las roturas uterinas altas n
nuestra incumbencia; y las rasgaduras de los fondos de s
no sostener el fondo uterino, es una transgresión y no un ac

Es evidente que si en estas condiciones desfavorables
mos la versión, una perfecta lubrificación de las partes;
bien el fondo uterino; toda la posible lentitud y delicadeza e
troducción de la mano; la adaptación de ésta á las partes fe
posición, para evitar vulneren sus eminencias duras; la posi
vorable de la mujer, y un buen diagnóstico que evite per
tentativas y mala presa, constituyen en este sentido la profil
la fístula. No olvidemos que de la Motte (*Traité complet des*
chements) ya decía que la mano, mal conducida, era más p
que ningún instrumento.

Digitized by Google

Otras dos palabras tenemos que añadir acerca del taponamiento útero-vaginal y vaginal, puesto que, ya por la distensión de partes blandas que necesitan, cuanto por lo que pueden facilitar la sepsis haciendo perforantes lesiones, que sin el taponamiento tal vez no lo hubieren sido, exigen algunas precauciones por lo que á la profilaxis de la fístula se refiere. Y esto es tanto más oportuno, cuanto que la inercia que los indica coincide generalmente con partos lentos y casi fatales, compresiones y laceraciones de la hilera genital. Menester es, por lo tanto, que, si bien taponando de una manera eficaz no tomemos como artículo de fe la necesidad de emplear ese *sombrero de copa* lleno de torundas que aconsejaba Pajot, y, ante todo, no mantener un taponamiento más de doce horas, verificando antes y después una escrupulosa antisepsia de la vagina, y haciendo una cura enérgica de las posibles laceraciones. Nunca debemos emplear los tapones impregnados con suero gelatinoso; porque si no se esteriliza el suero, es un cultivo apropiadísimo que hasta, en ocasiones, ha producido el tétanos; y si se esteriliza, es inútil; puesto que á 120° la gelatina pierde sus propiedades hemostáticas (Bonnaire: *Presse Médicale*, 25 Marzo 1905).

Nada podemos añadir ya de las intervenciones que nos restan; porque hemos visto que con algunas vulgaridades, muy útiles y muy indispensables, pero vulgaridades al fin, respecto del fórceps, y una simple indicación sobre la versión, hemos invertido un espacio que dudamos nos permita la ya demasiada extensión de este estudio; por lo que si hubiéramos de discutir la profilaxis que se desprende de cada acto operatorio, nuestra labor rebasaría los límites de esta clase de trabajos. Afortunadamente, la profilaxis que se desprende de las múltiples operaciones obstétricas que nos quedan por estudiar, se deduce fácilmente de lo expuesto; y todas ellas no llevan ni con mucho la responsabilidad que se asigna al fórceps.

Entusiasta como el que más de la embriotomía oportuna, tenemos que resistir el deseo de analizar detenidamente los beneficios que reporta una intervención que, todo lo que tiene de violenta, repulsiva y repugnante, tiene de lógica, humana y conservadora. No es este, por tanto, el lugar, ni yo soy el llamado, y mucho menos el elegido, para justipreciar las ventajas ó desventajas que pueda tener la cesárea conservatriz, sinfisiotomía, pelvitomía lateral ó cesárea vaginal, respecto al injustamente llamado feticidio; pero refiriéndonos solamente á la fetotomía en relación con la cesárea conservatriz, creo, aunque se me tache de retrógrado, que en esta materia estamos muy cerca todavía del tiempo en que Barnes (op. cit., página 296) decía que «*la operación cesárea ocupaba un lugar dudoso entre la obstetricia conservadora y la sacrificadora*». Sería, no obstante, negar la evidencia no admitir las inapreciables é insusti-

Digitized by Google

tuíbles ventajas que hoy puede reportar tal intervención; pe
cindiendo de aquellos casos ideales en los que, decidida la op
durante el embarazo, se practica al empezar el parto en la
ciones que exige; y prescindiendo también de aquellos en
cesárea ó la histerectomía son los únicos recursos, no creo q
intervenciones garanticen hoy la vida de la madre, en la
privada, como la embriotomía. No creo tampoco que la vida
faculte tan grave intervención una vez rota la bolsa y alt
líquido amniótico, á pesar de cuantos éxitos felices puedan
se por tal atrevimiento; por lo que, á pesar de constituir la
la profilaxis más lógica del proceso que nos ha ocupado, no
considerarla como medio profiláctico.

Así, pues, no terminaremos sin insistir en los gravísim
gros que acarrea el temor de recurrir en tiempo oportuno á
tervenciones que tienen por objeto reducir el volumen feta
festando nuestra extrañeza ante esa inconcebible resistencia
intervención que garantiza, si es oportuna y está bien pra
la integridad de los tejidos y tal vez la vida de la madre. S
társenos el arduo problema clínico y metafísico que nos pre
embriotomía en feto vivo, es á mi entender una de las may
tas obstétricas, ó la mayor tal vez, entre las que tienen vis
rrección, y la que con la abstención comparte las responsab
y cargos injustificados que se acumulan á la intervención e
ral y al fórceps en particular, como causa de la fístulas uro-g
Sin pretender tampoco discutir la grave cuestión del injus
llamado feticidio, ni por tanto la razón ó sinrazón que la Ig
mana tenga para inmiscuirse en este asunto; sin atrevernos
tear, y mucho menos á resolver, el derecho que el tocólogo t
bre la vida del feto, causa verdadera y justa indignación
múltiples observaciones que hemos leído, y cuya síntesis
guiente: «*Dos, tres ó más días de trabajo; tracciones violent*
tivas de versión; *ó aplicaciones repetidas y violentas de fór*
tracción de feto muerto; *fístula consecutiva, ó muerte de la*
Hoy que poseemos un instrumental ingeniosísimo y conoc
una manera perfecta su técnica; hoy que la razón y la ló
que no siempre la estadística, porque en embriotomía no h
dística posible, nos demuestran la inocuidad casi absoluta
intervención cuando se practica bien y oportunamente, no
ca que algunos pretendan seguir la práctica de Osiander v
do 115 y 120 tentativas de aplicación de fórceps. Indigna v
yo he visto, á compañeros insistir repetidas veces en peligr
tentos de versión ó violentas, inútiles y repetidas aplicaci
fórceps, sobre fetos bañados en líquido amniótico putrefact
latidos cardíacos no se percibían hacía treinta ó cuarenta

Digitized by Google

cuyo cordón, flácido, amarillento y frío, pendía ya en algunas ocasiones largo tiempo fuera de la vulva. Así se explica que las intervenciones obstétricas asuman la responsabilidad de espectaciones imperdonables é intervenciones inconsideradas ó inoportunas; y así se explica también que las indicaciones precisas de la embriotomía constituyan, según creemos, uno de los capítulos más interesantes de la profilaxis de las fístulas uro-genitales.

Lo que no se explica, é indigna mucho más, es que habiendo llegado la tocología al grado de perfección y difícil sencillez á que ha llegado, merced á la inmensa y nunca bien apreciada labor de clarísimas inteligencias y sagaces observadores, no se haya dignificado todavía en este país como merece. Una especialidad que exige gran ilustración, selecto trato social, exquisita delicadeza de sentido físico, moral y clínico, y, por tanto, que no puede ejercer en conciencia sino un médico ilustrado y competente, que haya especializado sus estudios teórica y prácticamente en esta importantísima rama de los conocimientos médicos, la vemos generalmente ejercida por gente indocta, intrusa ó facultada por un ridículo título y conocimientos más ridículos todavía. Una turbamulta, que calificaba el eximio Alarcón de «*traílla de mujeres prácticas, de entrometidas curanderas, sin título, ó con un* TITULEJO, QUE HACEN VALER AUNQUE PARA ELLO NO VALGA»; escudada por el tanto por ciento de partos naturalmente felices; facultada por quien no debiera facultarla si tuviese noción, como debía, de lo que es y representa individual y socialmente la asistencia á partos; considerada como no merece, al paso que á nosotros se nos confunde inconsideradamente en el antipático y heterogéneo montón de la *comadronería;* y protegida, efecto de una supina ignorancia en la materia, de un pudor mal entendido ó una economía peor entendida todavía, por quien menos debía protegerla; por muchas madres de toda clase y condición, *desde la princesa altiva á la que pesca en ruin barca,* que no saben la magnitud del peligro que propagan.

Esa turbamulta, titulada ó no, supone con sus ignorancias la síntesis etiológica de la fístula uro-genital de origen obstétrico, y su regeneración, si fuese posible, que no lo es, constituiría su profilaxis ideal.

Así, pues, á título de conclusión de este estudio, debemos repetir, puesto que sintetiza la etiología de la lesión que nos ha ocupado, la frase feliz y oportuna del querido maestro Dr. D. Eugenio Gutiérrez: «*La cultura tocológica de un país se aprecia por el número de fístulas que en él se observan*». Y debemos añadir que la perfección de esa cultura representa su profilaxis esencial.

Digitized by Google

OBRAS AGOTADAS DE D. FEDERICO RU

«EL FERRANDO»

CONTESTACIÓN DE LA CRÍTICA DE DICHO SEÑOR Á EL LIBRO CHICO

(Continuación.)

XIII.—El elemento inferior al tiempo es finito y fatal.

«Ninguna observación tenemos que hacer á este aforismo cual estamos conformes.»

Con efecto: este aforismo es evidente, y su misma evide una prueba de la verdad del anterior. Por eso dije en el pró me bastaba que algunas proposiciones se aceptasen como v ras, para esperar que, al fin, se reconociesen como verdad demás.

Los aforismos, claros ú oscuros, son síntesis de toda una como llevan el orden categórico en su serie respectiva, res se comprueban los unos por los otros, y que si el uno es tiene que resultar verdad el otro.

Así: ¿es verdad que el elemento inferior al tiempo es fini tal?; pues, el elemento superior al tiempo es libre é inmorta

¿Es verdad que tenemos en nuestra personalidad una p tal?; pues, es necesario admitir que tenemos otra parte lib que de no, sería falso que tuviésemos una parte fatal, sino q fatal nuestro todo.

¿No es fatal nuestro todo?; pues, es preciso admitir parte es libre.

¿Es preciso admitir que una parte es libre y otra fatal hay en el hombre dos naturalezas ó elementos.

¿Hay dos elementos?; pues, es dualidad elemental.

¿Esta dualidad constituye un individuo?; pues, es unid vidual.

¿Es más positiva, como unidad, la unidad real que la m ca?; pues, debe comprenderse al hombre como verdadera aunque conste de dos elementos.

Ya se ve que estas síntesis están enlazadas unas con otr las piedras de un edificio; y este es el arte que procuré cu mente que tuviera el *Libro*, para conseguir que, aunque e aforística, no resultara dogmático en su fondo.

Digitized by Google

XIV.—La esencia del hombre puro es la libertad.

«¿Qué es hombre puro? ¿El que posee en completo estado normal sus facultades intelectuales, el que es responsable ante la ley? Si es así, estamos completamente de acuerdo con nuestro compañero.»

Es eso y es mucho más que todo eso, como ya alcanzará el impugnador.

Este aforismo es la última síntesis de su serie y abraza toda ella: desde la categoría de lo subabsoluto hasta la de lo relativo, desde la unidad individual hasta la unidad colectiva, desde lo inmanente hasta lo puramente formal, desde el poder á la impotencia, desde lo positivo á lo negativo, desde la personalidad del hombre á la personalidad social, desde la personalidad Estado á la personalidad Humanidad. Comprende todo lo que dejamos referido; y otras muchas, muchísimas cosas que he tenido que pasar por alto; y otras muchas, muchísimas, que quedan por decir, y de las cuales las siguientes servirán de muestra.

Sabemos lo que es personalidad, sabemos lo que es libertad.

Existe mi libertad, como mi poder.

Mi personalidad como aptitud para realizar ese poder, en todo lo que comprende el ideal de mi vida.

Si mi vida es mi vida particular, el ideal es *uno*.

Si mi vida es mi vida finita, es *a*.

Si mi vida es mi vida inmortal, es *b*.

Si mi vida es mi vida particular y mi vida con relación á otros *Yo*, es mi ideal para *mí* y mi ideal para *otros*.

Si este ideal mío y de otros se suma, constituye un *ideal general*.

Si este ideal general se realiza por todos, ó por la mayor parte de los *Yo*, pasa de ideal á *realidad efectiva*.

El primer acto del ideal de mi vida es *saber* cómo conservar mi vida:

Primero: { conocer,
distinguir,
ciencia.

El segundo acto del ideal de mi vida es *conservar* como pueda y como sepa mi vida:

Segundo: { alimentarme,
cubrir mi desnudez,
guarecerme de la intemperie
y del ataque de las fieras.

El tercer acto del ideal de mi vida es *reproducir* mi vida.

Yo soy libre y puedo.

Yo (solo) soy libre y puedo *a*.

Digitized by Google

Observo, comparo, distingo; y después de observar, com distinguir, adquirí respecto al primer acto del ideal de mi v ciencia como *a*.

Sé como *a*, para alimentarme, cubrir mi desnudez y gu me; y realizo estas cosas en cuanto puedo, como *b*.

El tercer acto del ideal de mi vida es reproducir mi vida

El primer acto es esencialmente libre, porque todos p pensar y creer.

El segundo es esencialmente personal, y entra por más sidad del instrumento orgánico.

El tercer acto es menos libre todavía; y aunque sin que estar subordinado al poder libre, su realización es fatal y co de á lo finito y contingente.

Esta degradación categórica del tercer acto del ideal de hace que no tenga yo poder para realizarlo, sin el concurso yo, de otro organismo, que complementando el mío puedan el tercer acto de mi ideal.

Tenemos aquí otra personalidad, que nace para realizar de una vida que es mía, y de otro yo=*Matrimonio.*

—Pues qué, ¿es el matrimonio *personalidad?*

Sí, recordemos lo que es personalidad: Individualidad r en aptitud de realizar el ideal de su vida.

¿Es el matrimonio individual?

Sí, porque si se dividen sus elementos constitutivos, si se los dos *Yo* de que consta, deja de ser el matrimonio.

Sería suponer á mis lectores demasiado torpes si me det explicarles esto, que ya queda demostrado hasta la sacieda rios lugares de este libro.

El matrimonio es indivisible, es individualidad. Es indi dad racional, porque *yo* y *mi otro yo* somos racionales. Los realizan un ideal de su vida común y de su vida particula nada, absolutamente nada le falta para constituir una perso

Primera personalidad. *Yo.*

Segunda personalidad. $Yo^a + Yo^b =$ ***Matrimonio.***

Realizamos el ideal más finito de nuestra vida finita, y familia.

Tercera personalidad. $Yo^a + Yo^b + Yo^c =$ ***Familia.***

Así como en mi individualidad personal el elemento libr debe regir, siempre al fatal, del mismo modo, entre los dos tos de la personalidad matrimonio, rige ó debe regir el Yo^a

Y constituída la familia por la primera personalidad, ma segunda, y más por la tercera, la segunda rige ó debe re tercera, y la primera á la segunda y la tercera.

La familia crece, y en su desarrollo crea nuevas familias

Digitized by Google

Cuarta personalidad.=*Tribu*.
Crece la tribu y cohabita con otras tribus:
Quinta personalidad.=*Pueblo*.
Se desarrolla el pueblo y cohabita con otros pueblos:
Sexta personalidad.=*Nación*.
Se unifican las naciones:
Séptima personalidad.=*Humanidad*.

Humanidad. { Unificación real. =Estado presente.
Unificación ideal. = Estado venidero.

La Humanidad realiza el ideal de su vida.
Realización de lo libre en lo libre, fuera del tiempo y el espacio.
Unificación de los Cristos en Cristo.
Reino del amor.....
.....

Hemos recorrido una serie.

Observad si antes de la nación no existieron los pueblos, si antes del pueblo no fué la tribu, si antes de la tribu no fué la familia, si antes de la familia no fué el matrimonio, si antes del matrimonio no fué el Yo.

Y ahora tocad el principio y el fin de la serie presentada...

Después de descansar un rato, puesto que lo que hemos hecho es desarrollar en su serie la idea de la personalidad, volvamos al punto de partida.

Yo (solo) soy libre y puedo a.

Yo, solo, soy impotente para realizar el tercer acto del ideal de mi vida. *Yo*-matrimonio puedo realizarlo, luego Yo-solo, libre en cuanto pueda $=a$. Yo-matrimonio, libre en cuanto pueda $=a+b$.

Yo solo, observo, pienso, creo, y me amo $=c$.

$Yo^a + Yo^b$ á lo que pienso, creo y me amo, agrego que hablo, y lo que observa, piensa y cree Yo^b más el amor que le pueda tener; luego $Yo^a = d$.

$Yo^a + Yo^b = a + b + c + d$.

Yo, solo, puedo en cuanto pueda alimentarme, cubrir mi desnudez, guarecerme de la intemperie y del ataque de las fieras, y $Yo^a + Yo^b$ podemos triplemente, puesto que podemos lo que pueda $Yo^a + Yo^b$ más la segunda personalidad que resulta de las dos que contiene el matrimonio: resultando un poder triple, que, aunque se reparta en la satisfacción de las necesidades de dos miembros, resulta siempre un exceso de poder á favor del conjunto y de cada una de las partes. Sea este triple e, y resultará que mi personalidad, como miembro de una segunda personalidad, podrá más y será más libre en $a + b + c + d + e$.

Ahora bien: si pasamos á la tercera personalidad ocurre el mis-

Digitized by Google

mo aumento innegable de poder, y de poder libremente; y ascendemos á la cuarta, y más á la quinta, etc.

De aquí resulta que, así como el deber no achica sino que da la libertad, la personalidad (rigiéndose como debe por la li no achica ni limita las personalidades que sucesivamente la tuyen. Y tener entendido lo contrario es un gravísimo error.

Resulta asimismo que el hombre no vino á la sociedad en de ningún contrato ó pacto, sino que vino á realizar más su li agrandando su poder; vino naturalmente, por ser su princip raleza libre.

Resulta igualmente que, desde la segunda personalidad l última, no existe más realidad sustancial que la de los *Yo* c tivos; por lo que la sustancia de la segunda personalidad en te, es prestada de la primera á la segunda, de la primera y s á la tercera, de la primera, segunda y tercera á la cuarta, y cesivamente.

Resulta asimismo que la personalidad colectiva debe se más libre cuanto más colectiva; y que regir la sociedad en co sentido es absurdo, tiránico y cruel.

Resulta igualmente que así como mi elemento libre carec personalidad en esta vida sin la organización finita, así las p lidades colectivas no serían tales si no tuviesen por sustar personalidades particulares, y por organización la forma.

Que la forma debe estar en relación con la naturaleza de tancia, y á una sustancia libre corresponde una forma libre.

Resultan otros muchos principios, que no enumero aquí misma multitud.

Ultimamente, en todo lo expuesto aparece la armonía, q cede de la variedad en la unidad, comprendiéndose en la ig de lo sub-absoluto la variedad de lo relativo.

Por ser esta última verdad desconocida para algunos y por otros, y por estar, aunque no tanto como lo estaba la li más sentida que conocida del común de las gentes, voy por mento á que discurramos sobre ella.

Seguiremos el procedimiento crítico, que es el que hemos para examinar la mayor parte de las cuestiones anteriores; dimiento crítico, que es un sub-método, comprendido en el dialéctico.

Entre los que niegan la igualdad humana, por ignorar la la variedad en la unidad ó, lo que es lo mismo, por desconoc ligentemente la armonía, descuella Balmes; y como trata el por el procedimiento crítico que yo me propongo usar, re que nos vamos á medir con armas iguales. Pero siendo cie su valor como inteligencia es superior al mío, deberá resu

Digitized by Google

queda vencido en el combate, una prueba moral muy concluyente de que defiende un error, á más de las otras pruebas racionales que se aduzcan. Veamos

El Criterio, por D. Jaime Balmes. Edición de Barcelona, imprenta de Antonio Brusi. Año 1857.

Capítulo XIV. § V. *Palabras mal definidas. Examen de la palabra igualdad.* Pág. 89. Línea 16. Dice así:

«Hay ciertas voces que, expresando una idea general aplicable á muchos y muy diferentes objetos y en los sentidos más varios, parecen inventadas adrede para confundir. Todos las emplean, todos se dan cuenta á sí mismos de lo que significan, pero cada cual á su modo; resultando una algarabía que lastima á los buenos pensadores.

»—La igualdad de los hombres, dirá un declamador, es una ley establecida por el mismo Dios. Todos nacemos llorando, todos morimos suspirando; la naturaleza no hace diferencia entre pobres y ricos, plebeyos y nobles; y la religión nos enseña que todos tenemos un mismo origen y un mismo destino. La igualdad es obra de Dios, la desigualdad es obra del hombre: sólo la maldad ha podido introducir en el mundo esas horribles desigualdades de que es víctima el linaje humano; sólo la ignorancia y la ausencia del sentimiento de la propia dignidad han podido tolerarlas.»—Esas palabras no suenan mal al oído del orgullo; y no puede negarse que hay en ellas algo de especioso. Ese hombre dice errores capitales y verdades palmarias, confunde aquéllos con éstas; y su discurso, seductor para los incautos, presenta á los ojos de un buen pensador una algarabía ridícula. ¿Cuál es la causa? Toma la palabra *igualdad* en sentidos muy diferentes, la aplica á objetos que distan tanto como cielo y tierra; y pasa á una deducción general, con entera seguridad, como si no hubiese riesgo de equivocación.

»¿Queremos reducir á polvo cuanto acaba de decir? He aquí cómo deberemos hacerlo:

»—¿Qué entiende Ud. por igualdad?

»—Igualdad, igualdad... bien claro está lo que significa.

»—Sin embargo, no será de más que Ud. nos lo diga.

»—La igualdad está en que el uno no sea ni más ni menos que el otro.

»—Pero ya ve Ud. que esto puede tomarse en sentidos muy varios; porque dos hombres de seis pies de estatura serán iguales en ella, pero será posible que sean muy desiguales en lo demás: por ejemplo, si el uno es barrigudo, como el gobernador de la ínsula Barataria, y el otro seco de carnes, como el caballero de la Triste Figura. Además, dos hombres pueden ser iguales ó desiguales en

Digitized by Google

saber, en virtud, en nobleza y en un millón de cosas más; será bien que antes nos pongamos de acuerdo en la acepci da Ud. á la palabra igualdad.

»—Yo hablo de la igualdad de la naturaleza, de esta ig establecida por el mismo Creador, contra cuyas leyes nada los hombres.

»—Así no quiere Ud. decir más sino que por naturalez somos iguales...

»—Cierto.

»—Ya: pero yo veo que la naturaleza nos hace á unos r á otros endebles; á unos hermosos, á otros feos; á unos ágiles, torpes; á unos de ingenio despejado, á otros tontos; á unos inclinaciones pacíficas, á otros violentas; á unos... pero sería acabar si quisiera enumerar las desigualdades que nos vi la misma naturaleza. ¿Dónde está la igualdad natural de nos habla?

»—Pero estas desigualdades no quitan la igualdad de rechos...

»—Pasando por alto que Ud. ha cambiado completamen tado de la cuestión, abandonando ó restringiendo mucho la i de la naturaleza, también hay sus inconvenientes en esa i de derechos. ¿Le parece á Ud. si el niño de pocos años te *recho* para reñir y castigar á su padre?

»—Usted finge absurdos.

»—No, señor; que esto y nada menos que esto exige la i de derechos; si no es así, deberá Ud. decirnos de qué d habla, de cuáles debe entenderse la igualdad y de cuáles n

»—Bien claro es que ahora tratamos de igualdad social.

»—No trataba Ud. de ella únicamente: bien reciente es curso en que hablaba Ud. en general y de la manera más a sólo que, arrojado de una trinchera, se refugia Ud. en ot vamos á la igualdad social. Esto significará que en la socied hemos de ser iguales. Ahora pregunto: ¿en qué? ¿En autori tonces no habrá gobierno posible. ¿En bienes? Enhorabuen mos á un lado la justicia y hagamos el repartimiento. Al una hora, de dos jugadores, el uno habrá aligerado el bolsillo y estarán ya desiguales; pasados algunos días, el industrio aumentado su capital, el desidioso habrá consumido una p lo que recibió; y caeremos en la desigualdad. Vuélvase n al repartimiento, y mil veces se desigualarán las fortunas. sideración? Pero ¿apreciará Ud. tanto al hombre honrado tunante? ¿Se depositará igual confianza en éste que en a encargarán los mismos negocios á Metternich que al n patán? Y aun cuando se quisiese, ¿podrían todos hacerlo to

Digitized by Google

»—Esto es imposible; pero lo que no es imposible es la igualdad ante la ley.

»—Nueva retirada, nueva trinchera; vamos allá. La ley dice: el que contravenga, sufrirá la multa de mil reales; y en caso de insolvencia, diez días de cárcel. El rico paga los mil reales, y se ríe de su fechoría; el pobre, que no tiene un maravedí, expía su falta de rejas adentro. ¿Dónde está la igualdad ante la ley?

»—Pues yo quitaría esas cosas, y establecería las penas de suerte que no resultase nunca esta desigualdad.

»—Pero entonces desaparecerían las multas, arbitrio no despreciable para huecos del presupuesto y alivio de gobernantes. Además, voy á demostrarle á Ud. que no es posible en ninguna suposición esta pretendida igualdad. Demos que para una transgresión está señalada la pena de diez mil reales: dos hombres han incurrido en ella, y ambos tienen que pagar; pero el uno es opulento banquero; el otro, un modesto artesano. El banquero se burla de los diez mil reales; el artesano queda arruinado. ¿Es igual la pena?

»—No, por cierto; mas ¿cómo quiere Ud. remediarlo?

»—De ninguna manera; y esto es lo que quiero: persuadirle á usted de que la desigualdad es cosa irremediable. Demos que la pena sea corporal: encontraremos la misma desigualdad. El presidio, la exposición á la vergüenza pública, son penas que el hombre falto de educación y del sentimiento de dignidad sufre con harta indiferencia; sin embargo, un criminal que perteneciese á cierta categoría preferiría mil veces la muerte. La pena debe ser apreciada no por lo que es en sí, sino por el daño que causa al paciente y la impresión con que le afecta, pues de otro modo desaparecerían los dos fines del castigo: la expiación y el escarmiento. Luego una misma pena aplicada á criminales de clases diferentes no tiene la igualdad sino en el nombre, entrañando una desigualdad monstruosa. Confesaré con Ud. que en estos inconvenientes hay mucho de irremediable; pero reconozcamos estas tristes necesidades, y dejémonos de ponderar una igualdad imposible.

»La definición de una palabra, y el discernir las diferentes aplicaciones que de ella podrían hacerse, nos ha traído la ventaja de reducir á la nada un especioso sofisma y de demostrar hasta la última evidencia que el pomposo orador ó propalaba absurdos ó no nos decía nada que no supiésemos de antemano; pues no es mucho descubrimiento el anunciar que todos nacemos y morimos de una misma manera.»

Tomo yo el papel del declamador ó pomposo orador, como se llama aquí al que sostiene la igualdad humana, y acepto con gusto el lugar en que el sabio Balmes le coloca.

Digitized by Google

Acepto también el *Criterio* de este señor: si el *Criterio* es absurdo, veremos quién alcanza la razón; pero si es absu remos con qué facilidad llega al absurdo.

Las últimas palabras del filósofo encierran todo lo que él la igualdad; no es mucho, pero vamos...

¿Conque no es mucho descubrimiento el anunciar que t cemos y morimos de una misma manera?

Pues ¡vive Dios! que el filósofo me ha enseñado todo trario.

¿Dónde está esa igualdad, única en que cree?

No existe ni aun ésa.

Unos nacen de cabeza, otros de pie, y muchos hay qu por las nalgas. Unos nacen de sopetón, y cual si fueran ech cerbatana, y otros pobres (si Ud. los viese como yo, que, por cia, soy partero) no nacen ni á tres tirones, y es preciso ech zos para traerlos á esta vida, como el buey al matadero.

Pues ¿y el morir? ¡Ahí es nada! En esto no me negará competencia. Unos mueren dulcemente, y se van muriendo poco y sin sentirlo, como sucede á los viejos muy reviejo mueren de puro avejentados; otros, ¡zas!, de una puñalad mueren rabiando de dolores, y otros mueren por no dole alguna. Y vamos, ¿á qué me canso? ¿Ud. no sabe que unos de hepatitis, y otros mueren de gastritis, y otros de ence otros de meningitis? Y para que ni aun á la igualdad de l me agarre, le diré que unos mueren de gangrena, y otros y otros del morbo-gálico, y otros de pestilencia, y otros p da la gana de morirse y se arrojan de un tejado.

—Ya, pero está Ud. exagerando. El caso es que todos que todos mueren.

—Pues mire Ud.: que todos mueren es verdad; pero q nacen, eso no me lo cuente Ud. á mí, que he tenido que de nos dentro de la barriga de su madre.

—Eso no es discutir de buena fe; todas las cosas, cuando geran, son absurdas.

—No está bien dicho eso por un filósofo, pero pase. De t dos, yo no he sido el que he exagerado, sino Ud., y sólo he p seguir sus mismos pasos, usando su propio *Criterio*. Usted que los hombres no son iguales, porque uno es rechoncho c cho Panza, y otro flaco como Don Quijote; unos de corta es otros altos. Y vea Ud. que me hizo recurrir á mi vecino p guntarle quién era yo; porque hace algunas Navidades qu vantaba tanto así del suelo, y ahora soy un hombre cumpli tatura; vinieron unas tercianas y me pusieron más seco q parto, y hoy, á Dios gracias, estoy más rollizo que un jerón

Digitized by Google

—Hombre, eso lo dije para mostrar por absurdo que los hombres no son iguales.

—Pues entonces por absurdo ha demostrado lo contrario.

—No tratemos la cuestión en ese terreno, tratémosla seriamente, y Ud. verá cómo los hombres no son iguales.

—Usted la puso en él, y en el que Ud. la puso la he tratado. Diga usted lo que quiera y como quiera.

—Es un hecho evidente el que asiento en mi tratado del *Criterio*: que todos los hombres no son iguales en moralidad ni en talento; que un patán no es igual á Metternich, ni un criminal á una persona honrada.

—Ha dejado Ud. la cuestión en el mismo terreno, en igual punto. Usted, antes de estudiar, ¿sabía lo mismo que ahora que ha estudiado, que ha reflexionado? ¿Era Ud. tan sabio el año 37 como el 47? Pues entonces: ó Ud. no es Ud., y es preciso averiguar quién es usted; ó es necesario convenir en que Ud. sabio es esencialmente el mismo que Ud. ignorante.

—Ya me ha dado Ud. la razón con sus razones. Yo soy el mismo sabio que ignorante, pero no soy igual ahora sabio que antes ignorante, ahora hombre que antes niño.

—Quiere Ud. decir que Ud. individuo es el mismo individuo antes que ahora, pero que Ud. individuo tenía antes unas condiciones y ahora tiene otras distintas. ¿No es así?

—Claro está.

—Pues entonces Ud. es Ud. antes y ahora, es la misma persona; y es como persona una siempre, y en cuanto persona, idéntica á sí misma. Variando sus condiciones de Ud., no por eso se afecta su esencia de Ud.; porque flaco ó gordo, sabio ó ignorante, siempre queda el mismo. Hay, pues, en Ud. una cosa esencial y permanente, hay muchas que son accidentales y hasta contradictorias. ¿Medirá Ud. su identidad por lo esencial ó por lo contingente?

—Mediré mi identidad por lo esencial, pero mi igualdad por lo contingente, como Ud. le llama. De modo, que yo idéntico, yo el mismo esencialmente siempre, no soy igual cuando niño que cuando hombre ni cuando viejo; yo niño no soy igual en estatura, ni en instrucción, ni en inocencia, ni en fuerza, ni en muchas cosas importantísimas, que me desigualan cuando llego á hombre.

—Casi me doy por convencido; pero si Ud. me dijera lo que entiende por igualdad, quizá quedaría más completamente satisfecho.

—Hombre, ya he dicho en mi tratado del *Criterio* que es muy difícil definir las palabras, y que algunas son indefinibles. Usted sabe que, con ocasión de este asunto precisamente, puse por caso la palabra *igualdad*, que todos la usan y la vociferan, y hasta con ella

Digitized by Google

tratan de trastornar los cimientos de la actual sociedad; cuando se pregunta á los mismos que no vacilan en comete yores desmanes al eco de esa infausta palabra lo que ella s se quedan con la boca abierta y no saben qué responder si vaciedades.

—Ha hablado Ud. con mucho seso. Mas Ud. ha pregunt cándido antecesor qué comprendía por igualdad; y él, com dió á entender, le contestó á Ud. una porción de tontería entonces se las rebatió con mucha gracia; pero como al c razonando yo del mismo modo que Ud. vimos que ó no eran las de Ud., ó que si lo eran se volvían en contra de sí prop mos en el caso de que me diga Ud. lo que entiende por ig para que partiendo de una cosa bien conocida podamos pon acuerdo y pueda Ud. acabar de convencerme.

—Ya le he dicho y le repito ahora que es muy difícil, y a ces imposible, definir ciertas cosas.

—No la defina Ud.; pero déme algún carácter positivo é ble de lo que entiende por igualdad, para que de ahí p ambos.

—Igualdad es una palabra que generaliza la palabra *igi* dilatación de la palabra concreta *igual*; así, cuando una se examina se ve que consta de las mismas partes que otra que las dos son iguales.

—¡Ja, ja! Conque es decir que yo tengo en la mano una Usted saca del bolsillo medio duro. Y yo digo: esta peset igual á esa moneda, porque esta peseta consta de cuatro rea son lo mismo que treinta y cuatro cuartos, ó sesenta y ocho ó ciento treinta y seis maravedís, y esa moneda que Ud. tien de diez reales, que son lo mismo que ochenta y cinco cuarto

—Así es.

—Pues hombre, saque Ud. del bolsillo otra peseta, porqu saciarme de contento, y quiero ver y gozar, contemplando l dad suspirada, viendo, mirando y tocando y hasta besando dad en dos cosas iguales.

—No sea Ud. tan material; pero, vamos, no le disgustaré pequeña cosa. Aquí tiene Ud. otra peseta.

—¡Bendita sea ella, que si á algunos ha podido saciar el cambiándose por pan, satisface ahora el hambre devorad tengo por la verdad! ¡Ja, ja! Ésta treinta y cuatro cuartos, é ta y cuatro cuartos. Ésta cuatro reales, ésa cuatro reales. senta y ocho ochavos, ésa sesenta y ocho ochavos. Ésta cien ta y seis maravedís, ésa ciento treinta y seis maravedís. ¡Ja ja! ¡Que estoy loco de contento! Venga acá la de Ud., que á tirar las dos por alto. ¡Bien! Y cayeron de cara las dos;

Digitized by Google

eso han sido iguales. ¡Qué lástima que no fueran las dos isabelinas! Oiga Ud., y sepa que ya empiezo á disgustarme.

—¿Por qué?

—Porque estas pesetas no son iguales.

—¿Está Ud. loco?

—¿No ve Ud. que la mía es isabelina y la de Ud. de Carlos IV?

—Y eso ¿qué importa? ¿No valen lo mismo, no valen las dos cuatro reales?

—Bien, pero la mía es nueva y la otra es vieja; la mía tiene cordón y la de Ud. no; la mía pesa más que la de Ud.

—¿Volvemos á las andadas? Esas son exageraciones.

—Serán exageraciones, pero son verdad, son diferencias.

—Sí, pero diferencias accidentales que no afectan á su valor.

—Pues ¿no me dijo Ud. antes, y casi estuvo á punto de convencerme, que mediría su identidad por lo esencial, pero su igualdad por lo contingente?

—¡Qué especioso es Ud.! Estas pesetas las hace pesetas el valer cuatro reales, y esto las hace iguales como pesetas, y todos las tomarán como pesetas y no como dos reales.

—Pues al patán le hace igual á Metternich el ser hombre como él, y nadie lo tomará como un jumento. . . . . .

Véase cómo hasta en las cosas más claras y triviales se enreda la inteligencia humana; y no así como se quiera, sino hasta la de los hombres de mayor instrucción y más talento.

¡Balmes, Balmes! Tu nombre llena hoy los ámbitos de la Península, y caíste en el error más grosero, pero más trascendental de todos los errores.

El error de considerar á los hombres desiguales por sus accidentes es un error sangriento. El despotismo odioso, la esclavitud, las guerras de raza, con todo su séquito de sangre, de lágrimas y de degradación y de dolores, provienen de ese error. Aun todavía enciende la mecha y barre de muerte los campos de la América. Aun todavía ulcera el roce de los grillos los miembros de nuestros hermanos, y ¡oh dolor! ¡oh vergüenza! en la Antilla española.

Desconocer las categorías: en esto consistió el error de Balmes, como todos los que en este libro hemos venido destruyendo.

La igualdad humana pertenece á una categoría positiva. En esta categoría positiva, pertenece á la categoría relativa. Así, si olvidando que está regida la igualdad por una *primera* categoría positiva, que *contiene* otra relativa, atendemos sólo á la relación y no partimos más que de la relación, entonces la cosa parece igual ó desigual, según se la considere, como sucedió en el claro ejemplo del fémur, que pusimos páginas atrás. Pero si sentamos lo igual, como debemos, en lo que en su serie sea más positivo, y de esto más positivo, más

Digitized by Google

esencialmente positivo partimos, entonces las ecuaciones llevarán las relaciones de igualdad y desigualdad (1) en su debido punto, y no se tomará una afirmación relativa como afirmación absoluta, ni una negación relativa como negación absoluta.

Así hemos visto, examinando el poder, que todos los hombres no son iguales en poder; pero que todos, en lo que es en ellos más positivo, más inmanente y real, son iguales. Todos tienen por primera ecuación iguales signos, y estos signos representan lo que son todos sub-absolutamente. Todos son sub-absolutamente seres libres, seres pensantes, seres creyentes, seres amantes, y no pueden ni ellos mismos dejar de serlo. A partir de esto que no se consume, á partir de estas esencialidades universales á todo hombre, se establece la categoría positiva, y de ella parte á su vez la relación; ya la relación permite aumento y disminución en las ecuaciones, aumento intensivo, aumento extensivo, pero siempre subordinado á la categoría anterior, y ésta á la que le antecede, y todas á la que fué punto de partida. Entonces las verdades particulares aparecen claramente dentro de las verdades generales, y no resulta contradicción, sino unidad, concordancia, variedad y perfecta armonía. Y una armonía encantadora, maravillosa, clara, transparente, en la que cada cosa se ve en su sitio y ninguna lastima á la otra ni la interrumpe, sino que, por el contrario, se fortalecen y auxilian.

Como *las categorías* es la cosa más nueva, es la gran cosa de la filosofía actual (y de la que, sea dicho de paso, nada se ha sabido ni explicado aún, en comparación de lo que he visto y de lo infinito que queda en ellas que ver y discurrir), no puedo ahora hacer más que esas ligeras indicaciones, que quedan en este escrito repartidas; pero para que se vea la concordancia que producen en la razón las categorías, recordaré el hecho de haber demostrado por el auxilio de ellas una cosa que, si bien presentida, no estaba probada, puesto que se creía lo contrario. Me refiero á la demostración de que el deber no limita la libertad, sino que la agranda.

Y una concordancia armónica de igual naturaleza, aunque no de tanta monta, daré por muestra aquí.

Dice Balmes: «El presidio, la exposición á la vergüenza pública,

---

(1) Para que no choque esto á los matemáticos, me adelanto á decir que en las ecuaciones dialécticas no sucede lo que en las puramente algebraicas.

En éstas es indispensable la igualdad para que resulte verdadera ecuación, y sin igualdad no hay ecuación. En dialéctica una ecuación puede ser igual y desigual al mismo tiempo.

Explicaré algo este punto para que no parezca una paradoja.

Metemáticamente sólo se opera sobre cantidad; y, por consiguiente, es preciso que exista la igualdad en la cantidad para que resulte ecuación, puesto que ecuación é igualdad es una misma cosa. Pero como la unidad individual *Yo* contiene á la entidad y á la cantidad, puede resultar una ecuación en que la *entidad* sea igual á la otra, y la *cantidad* de ambas sea distinta, resultando entonces igual y desigual al mismo tiempo.

Digitized by Google

son penas que el hombre falto de educación y del sentimiento de dignidad sufre con harta indiferencia; sin embargo, un criminal que perteneciese á cierta categoría preferiría mil veces la muerte. La pena debe ser apreciada, no por lo que es en sí, sino por el daño que causa al paciente y la impresión con que le afecta, pues de otro modo desaparecen los dos fines del castigo: la expiación y el escarmiento. Luego una misma pena aplicada á criminales de clases diferentes no tiene la igualdad sino en el nombre, entrañando una desigualdad monstruosa».

Sucede precisamente todo lo contrario. Aquí parece que es incompatible la igualdad con la justicia. Sostener esto sí que es lo verdaderamente monstruoso.

Lo pudiera probar siguiendo paso á paso las categorías, y concluir reduciéndolo á una ecuación. Pero ya lo hicimos á propósito de la libertad y del deber; y las fórmulas dialécticas tienen sobre las puramente algebraicas la ventaja que las ecuaciones algebraicas sobre las aritméticas, por lo cual la misma fórmula aquella, aplicándola á este caso, dará el resultado verdadero.

Haga la operación por sí el que lo desee, y yo paso adelante.

Si comete un hombre falto de educación y del sentimiento de su dignidad un homicidio, ¿será tan criminal como yo si lo cometo?

Claro está que no.

Ese hombre no conoce ni valora el crimen tanto como yo. El homicida es homicida algo por ignorancia.

Y yo, yo, que sé lo que soy y lo que es otro; yo, que sé lo que me debo y debo á los demás; yo, que recibí una educación que no recibió el otro desgraciado; yo, que conozco mejor á mis hermanos, á mi Dios y á mi ley; yo, en fin, que soy criminal, cien mil veces más criminal que el otro, ¿no debo, sufriendo por justicia una pena de aplicación igual, sufrirla más que él cuanto mayor es mi delito?

¡Sea igual la justicia humana, que ya confirmará la igualdad de la pena la justicia divina!

XV.—La conciencia libre, para realizarse en el tiempo y en el espacio, necesita cosa de tiempo y espacio, cosa finita, ó sea cuerpo. Tomamos, por tanto, una encarnación, que nos constituye en conciencia con cuerpo; y éste así vive, nace, crece y muere.

«Lo que acontece á la conciencia sucede á todo lo que haya de realizarse en el tiempo y el espacio; todo necesita cuerpo.

»En cuanto á que *tomamos una encarnación,* permítasenos protestar contra la propiedad de este pasaje. Nos parece que más bien *recibimos y transmitimos*; no se nos da á escoger. Mas ¿es cierto que desde el momento en que vivimos, desde el mismo instante de la

Digitized by Google

concepción, nos hallamos constituídos en conciencia con
Dejamos de responder á esta pregunta, que nos llevaría de
lejos de nuestro propósito.»

Es más propio del lenguaje filosófico la frase «tomamos
carnación» que la de «recibimos» una encarnación. Es un
decir que no implica rigorosamente la circunstancia de cog
ne y apropiárnosla; decimos con mucha frecuencia, y todo
le da la acepción verdadera, tal enfermedad *tomó* tal form
ceso *tomó* tal giro, etc.

Sobre si es cierto que desde el primer momento en que
desde el mismo instante de la concepción, nos hallamos con
en conciencia con cuerpo, me adelantaré á decir que antes
cuerpo determinado es la sustancia libre determinada; as
del sistema. Y aunque todavía no he examinado este ast
toda la sucesiva comprobación del criterio que le pertenec
que es un tema que corresponde á dos series distintas, por
podemos confiar en el resultado final hasta recorrer las do
ver sus antinomias, se puede asegurar que al menos no es i
la sustancia libre en la finita posteriormente á cierto grad
arrollo orgánico, como pretendían los filósofos antiguos. Bi
ra examinar ahora esta importantísima cuestión; pero co
nece á la última esfera de lo finito, á la biología de lo finit
que tomar un punto de partida muy distante, estudiar y
ver todo el sistema de la naturaleza, y venir á resolver
tesis por todas las anteriores.

**XVI. – Nuestra personalidad contiene dos tendencias: una,
conciencia á la libertad; otra, la de lo finito ó cuerpo á la fa**

«Confesamos de buena fe que no comprendemos estas te
sin duda por nuestra escasa comprensión; quizá por no s
traer todo lo necesario para entender con claridad esa in
que según *El libro chico* tienen nuestros dos elementos. Se
tro compañero, nada hay que cohiba, que coarte á la conci
libre. ¿Qué objeto puede, pues, tener esa tendencia, y cóm
ce ó de qué se deduce? Si no fuera completamente libre,
deríamos que pudiera decirse: «su objeto, su fin es la lib
su tendencia á conseguir ese fin, á lograr ese objeto, sería
ble; pero faltando esa especie de necesidad, no lo compren
si esto decimos de la conciencia, si el asignarla esa prop
nos parece ni claro ni admisible, ¿qué diremos de la tende
finito á la fatalidad? ¿No se ha establecido ya (af. XIII) q
mento finito es fatal? ¿Qué puede ahora entenderse por *tien*

Digitized by Google

cia á la fatalidad? ¿Sería propio decir que lo fatal tiene tendencia á la fatalidad, lo claro á la claridad, lo blanco á la blancura, etc.? ¿Dice esto algo, significa algo, sirve para alguna cosa? Por más que trabajamos en interpretar este aforismo á fin de encontrar una significación razonada, no podemos conseguirlo.»

Este aforismo no lo ha comprendido el crítico por su demasiada claridad, contrastando con la imperfecta inteligencia de los anteriores.

Después de lo dicho en este libro, no deberá dudarse de lo que aquí se dice. Ya sabemos lo que es unidad individual, lo que es personalidad, lo que es libertad, lo que es fatalidad, lo que es la sustancia libre, lo que es la sustancia fatal. Ya sabemos cómo la unidad individual es superior á la unidad matemática. Ya sabemos cómo en nuestra personalidad hay dos elementos, cómo el uno es libre y cómo el otro es fatal, cómo el primero es superior al segundo. Y ahora se expresa la observación de que, á pesar de la superioridad de un elemento sobre el otro, no lo anula, y no anulándolo, deben los dos existir y obrar según su propia naturaleza; pero no como obrarían aisladamente, sino conforme á la condicionalidad en que se constituyen por su asociación. Así, sería inoportuno, por redundante, decir que lo fatal aisladamente tuviese tendencia á la fatalidad, resultando exacto el ejemplo del crítico cuando observa que sería lo mismo que decir que lo claro tenía tendencia á la claridad, lo dulce á la dulzura, lo ácido á la acidez. Pero si no colocamos lo ácido aisladamente ni lo dulce, y los asociamos y mezclamos, gustaremos en aquella mezcla juntamente lo ácido saliendo en lo dulce y lo dulce en lo agrio, no tan ácido como el ácido si estuviese solo, ni tan dulce como si gustáramos el jarabe aisladamente; pues bien, este ejemplo, aunque grosero, da un símil de lo que sucede en el *Yo* personal, por efecto de sus dos factores sustanciales. Y esto es tan objetivo y práctico, y tan verificable por la observación, que no puede haber verdad alguna más comprobada por la práctica.

Cuando contesté á la crítica del aforismo XII, hice patente que en nosotros ocurrían cosas fatales y cosas libres; y es evidente que no sucederían las fatales si no tuviéramos una naturaleza fatal, ni sucederían las libres si no tuviéramos otra naturaleza libre; y como lo libre no puede ser fatal ni lo fatal ser libre, era más cierto que toda verdad matemática qué en nuestra individualidad existía una dualidad.

Probado todo esto hasta el cansancio por multitud de modos y por todo género de pruebas, resulta que el aforismo de que ahora nos ocupamos es un axioma teórico y un hecho práctico innegable.

En efecto: no hay acto, operación, determinación, movimiento,

Digitized by Google

afecto ni apetito, en que no entren á obrar las tendencias de las dos sustancias, mostrando la una su naturaleza libre y la otra su naturaleza fatal.

Aquí estoy escribiendo todo esto con el deseo de grabar mi pensamiento en el mismo instante de su sér, y aquí está mi mano corriendo grado á grado y letra á letra la formación de la palabra, su unión en oraciones; causándome agonía el tiempo que invierte y lo que entorpece la realización de mi deseo.

Aquí estoy influído por el apetito, procurando satisfacer mi vanidad, y aquí estoy influído por mi amor, combatiendo mi orgullo y diciéndome á mí mismo: di la verdad, aunque te sea contraria; dila sin afán de lucimiento, de honores ni de medro; dila sin temor á la pena que te acarree la oposición; y dila humildemente, porque humilde debes de ser y humilde eres.

Y si pasamos al segundo acto del ideal de nuestra vida, veremos más palmariamente el influjo de las opuestas tendencias de las dos sustancias. Ya veremos cómo, por un pedazo de pan que asimilarme, me siento inclinado á cometer bajezas; y cómo mi sustancia libre me recuerda que no sólo de pan vive el hombre, y que obrando no por la esclava, sino por la libre, lo demás se me dará por añadidura.

Y si pasamos al tercer acto del ideal de nuestra vida, ya veremos el influjo contradictorio de las dos sustancias en una lucha mayor, en una lucha verdadera; pues perteneciendo más que ningún otro á la categoría de lo finito, mi parte libre es menos potente aquí que en los dos antecedentes. Así, me dice el apetito: *Anda*; y me dice el amor: *Estate quieto*; y me dice la pasión: *¿Qué te detiene?*; y me dice la razón: *Huye y no tardes*.

XVII.—Como el elemento libre es superior al finito, el hombre lucha por subordinar y dominar completamente á éste por aquél. Por eso la historia del hombre es la historia de su libertad.

«No podemos remediar nuestra flaqueza de entendimiento. Todavía comprendemos menos este aforismo que el anterior: todavía lo encontramos más confuso, y tal vemos su redacción que nos parece que su autor no ha querido decir en él lo que se desprende de un análisis simplemente gramatical. El hombre lucha, se dice; ¿y por qué? ¿Cuál es el objeto que se propone? Según el aforismo, tiene por objeto: 1.º *Subordinar completamente el elemento finito al libre*. 2.º *Dominar* también completamente el mismo elemento al libre. ¿No se ve en esto una enorme contradicción? Por lo que ya hemos visto en las anteriores ideas fundamentales, lo que se ha querido expresar es la dominación del elemento libre sobre el finito, y la su-

Digitized by Google

bordinación de éste á aquél. Pero hay lucha; de lo cual debemos inferir que lo finito no se deja avasallar tan fácilmente, que ambos elementos se disputan la dominación. Esto viene á corroborar lo que más arriba hemos expuesto: prueba que lo que existe es un equilibrio mientras hay un verdadero y exacto estado normal de todas las funciones físicas y psíquicas; y que así como el trabajo del estómago, por ejemplo, es la elaboración de las sustancias alimenticias, el del elemento psíquico es el regular, moderar y dirigir los afectos y sentimientos, las inclinaciones y los instintos, á fin de conservar aquel equilibrio indispensable, dejando, sin embargo, intacta nuestra libertad de acción.

»Pero ateniéndonos á lo que leemos en este aforismo, encontramos otro motivo más de confusión. Se dice que es el hombre el que lucha, y como éste no es más que la síntesis, el conjunto de ambos elementos, se deduce forzosamente que uno de ellos lucha unas veces en pro y otras en contra de sí mismo. ¿Puede darse mayor oscuridad?

»No se crea por esto que negamos esa lucha *casi* incesante de que se habla, no. Mientras nuestros deseos y apetitos no traspasan el límite de lo justo, no la hay en verdad; gozamos con su satisfacción, y es el placer, si no más vivo, el más sencillo que podemos disfrutar; pero una vez rebasado aquel límite, empieza la lucha en que nosotros mismos decidimos de la victoria, oído siempre el parecer de nuestro constante asesor, la conciencia. Cuando esto no tiene lugar; cuando el elemento inferior (hablando el lenguaje de nuestro amigo) ha obrado de un modo intenso, veloz, repentino, momentáneo, como, por ejemplo, en un arrebato de cólera, no hay lucha tampoco, el hombre obra como el bruto: sin sujeción, sin freno; el elemento conciencia ha sido sorprendido y, cuando después entra en acción, produce el remordimiento.

»Y ahora, ¿comprenderemos de qué libertad se habla cuando se dice que su historia es la del hombre? Si se trata de nuestro libre albedrío, ¿ha sido el hombre nunca ni más ni menos libre? Pocos episodios darían amenidad á su lectura. ¿Se referirá á la pérdida, más ó menos grave, más ó menos frecuente, de esa preciosa cualidad? Entonces recorramos las páginas de la patología mental, y en ella la encontraremos con todos sus detalles y sus tristes pormenores».

Aquí mi amigo más confirma que se opone á la verdad del aforismo criticado; ahora notará que, con poner todo lo que dice en su verdadero punto de vista, robustecerá en vez de debilitar lo que aseguro.

En efecto: «si el elemento psíquico es el regulador, moderador y

Digitized by Google

director de los afectos y sentimientos, de las inclinaciones instintos, á fin de conservar aquel equilibrio indispensable do, sin embargo, intacta nuestra libertad de acción», para moderar y dirigir todas estas cosas necesita superioridad.

El no comprender de qué libertad se habla cuando se su historia es la del hombre, consiste en que no dándome tento con demostrar y probar la existencia de la sustancia el hombre, como concreto, la quise comprobar con la exist la libertad discreta, manifiesta en la historia, valiéndome de un axioma que por ser hoy el más admitido en dicha c no ser mío, sino de un entendimiento mucho más superior, comprobada la totalidad del aforismo, haciendo que llevase prueba conjunta, para que fuese racional y no dogmático.

(Conclu

REVISTA DE REVISTAS

Contribución al estudio clínico de los tumores nos de la nasofaringe, por el Dr. C. Compaired.—Yo n qué la caprichosa suerte me ha deparado la ocasión de obse merosos casos de tumores malignos de la nasofaringe; p cierto que en mi haber clínico se registran, además de los llevo publicados (1), los que en el presente trabajo voy conocer.

Y digo esto, porque no es frecuente la presentación de n malignas de la cavidad nasofaríngea, como lo demuestra el val en un concienzudo trabajo inserto en los *Arch. intern. de d'otolog.*, etc., número de Enero-Febrero de este año, con e fe de «Tumores malignos de la nasofaringe», si bien no los excesivamente raros como lo afirman Wan Leyden, Moritz y Montbouyran, ni me parece bien se les conceda tan escas tancia como lo hacen en sus respectivos tratados los Dres. M Escat, Moure y otros (2).

Las consideraciones que podemos establecer del estud veinte casos clínicos expuestos se hallan de acuerdo en s parte con las ideas vertidas por el Dr. Laval en el citado «De los tumores malignos de la nasofaringe»; pero esto no para que todavía añada yo algunas nuevas y ratifique ó r

(1) *Ann. des malad. de l'oreille*, 1903. *El Siglo Médico*, años 1893, 1901, 1903.

(2) Por falta de espacio no se insertan las observaciones inéditas del a contar del año 1889 hasta hoy.—L. M.

Digitized by Google

otras de las expuestas por el asistente á la Clínica laringológica del Hôtel-Dieu de Toulouse.

Frecuencia.—Como ya he manifestado al comienzo de mi trabajo, he encontrado en mi práctica mucho más frecuentes los tumores malignos de la cavidad nasofaringea de lo que sostienen especialistas tan autorizados como Moritz-Schmidt, que dice no haber visto más que un solo caso entre cuarenta y dos mil enfermos; que Wan Leyden, quien afirma son *extremadamente raros* los sarcomas de la cavidad nasofaringea; que Escat, puesto que sólo da una muy breve descripción en su *Tratado de las enfermedades de la faringe* (1901); que Moure, al no ocuparse de ellos en su *Tratado de las enfermedades de la garganta, faringe y laringe* (1904), toda vez que sólo describe los tumores malignos del velo del paladar, y más tarde los de la faringe oral; y hasta que el mismo Laval, quien confiesa que, si bien poco frecuentes, no se les debe considerar como excesivamente raros.

Y como puede comprobarse por la estadística anteriormente expuesta de mis veinte observaciones, formada desde 1897 hasta la fecha actual, sin incluir los ya publicados en *El Siglo Médico* y en los *Annales des malad. de l'oreille*, etc. (1903, pág. 362), á que hace referencia el Dr. Laval en sus Cuadros de observaciones de tumores malignos de la nasofaringe, recogidos de los publicados por varios autores hasta el día, son mucho más numerosos los sarcomas que los epiteliomas.

También resulta esa misma frecuencia de los primeros en las observaciones recogidas por el Dr. Laval, pues que ha podido reunir 45 casos de sarcomas de distintos especialistas del mundo entero, y sólo 27 de epiteliomas.

Respecto de la *edad* y el *sexo*, parece ser que el sarcoma ataca desde cualquiera edad; pues si bien yo no lo he visto en individuo más joven que el de la observación 6.ª, de diez y seis años de edad, el Dr. Brault refiere haber tenido un caso de semejante neoplasia (1897) en un niño de tres años. En la edad opuesta á la vida, la vejez, se le observa también, pues Wan Leyden cita otra (1896) en un viejo de setenta.

Por el contrario, al epitelioma se le considera propio de los cuarenta años en adelante, sin que esto quiera decir que no pueda observársele en sujetos más jóvenes, como el referido por el Dr. Edler, que sólo tenía catorce años.

En definitiva, podemos afirmar de un modo concreto que los tumores malignos de la cavidad nasofaringea se rigen por las mismas leyes, respecto de la edad del sujeto á quien ataca, que los de cualquiera otra región del cuerpo humano; esto es, hacia los treinta años, por término medio, para el sarcoma, y los cuarenta para el

Digitized by Google

epitelioma, sin que esto implique dejen de observarse exc
de una y otra neoplasia en niños y en viejos.

Respecto del sexo, en los cuadros de observaciones de di
autores, presentados por el Dr. Laval, predominan los hor
de mi estadística se deduce que serían las mujeres, puesto
11 de éstas y 9 de aquéllos; pero realmente no creo pueda
cerse una conclusión definitiva y concluyente en favor d
del otro sexo; pues eso implicaría *un algo* que pudiera con
en cierto modo al esclarecimiento etiológico, todavía muy
cual acontece con la etiología y patogenia de los tumores
en general.

Localización.—Según mi observación personal, los sarc
localizan primitivamente en plena pared posterior de la na
ge, ora centralmente, bien á los lados, por detrás y encim
pilares posteriores, invadiendo la región vestibular de la tr
más raramente la región coanal.

Cuando debutan por la pared central, se extienden en
término por las regiones del velo péndulo y úvula, y obstr
fosa nasal posterior más inmediata, atacando progresiva y
namente la otra.

Constituyen la manifestación sarcomatosa de forma resp
gutural.

Cuando principian por la región lateralizada de la cav
sofaríngea, constituyen la forma simplemente gutural; pu
veces alteran la funcionalidad respiratoria nasal, á causa d
dencia á extenderse el neoplasma hacia las partes inferior
faringe oral, y aun á veces hasta en plena región laríngea
todo hasta los repliegues glosoepiglóticos.

La forma genuinamente respiratoria del comienzo de l
res sarcomatosos nasofaríngeos es la más rara; su punto p
de implantación lo constituyen la cola de los cornetes y pa
cinas.

Por el contrario, el epitelioma comienza en su *inmensa*
por la región tubárica ó por la coanal, revistiendo, por t
formas respiratorias, ó á lo sumo la respiratoria gutural. Ca
se observa la francamente gutural, *si su origen primitivo*
la cavidad nasofaríngea.

Manifestaciones clínicas.—Las dividiremos, con el Dr
en *funcionales* y *físicas.* Ambas presentan dos períodos:
mi mal llamado *latente,* que yo prefiero denominar de INI
y el de *estado,* ó de MANIFESTACIÓN ostensible y clara.

Por regla general se *inician* las neoplasias de que nos oc
por diferentes síntomas, que hacen las clasifiquemos en tres
forma respiratoria (la más frecuente), en la que el individuo

Digitized by Google

te como primera *manifestación clínica* la dificultad respiratoria nasal por una de las fosas, dificultad que es *permanente*, *constante*, *creciente*, que no sufre ninguna alteración ni ninguna alternativa, y *que ó no sabe á qué atribuirla ó ha quedado* después de un pasajero coriza.

En otras ocasiones debutan, según Wan Leyden, por manifestaciones auriculares de dureza de oído, al principio intermitente, acompañada ó no de ruidos, que más tarde se hace permanente, para continuar con *manifestaciones clínicas* más acentuadas y ya de otra índole. Por mi parte no he visto esta forma auricular; por el contrario, el caso 16.°, que pudiéramos considerarlo como tipo auricular, comenzó con grandes dolores localizados en el oído derecho, seguidos de supuración, pero coincidiendo inmediatamente los fenómenos de dificultad respiratoria nasal y molestias en la cavidad nasofaríngea.

La forma ganglionar admitida por Laval no la considero aceptable, por la razón de que el infarto ganglionar de la cadena ganglionica esterno-cleido-mastoídea *es siempre consecuencia* de la neoplasia iniciada ya; es decir, sobrevienen *secundariamente*, al menos por lo que yo he visto y por lo que dicta la razón y la clínica. Con efecto, los ganglios se infartan en el sarcoma, *en su último período*, en *el de fusión*, cuando se ulcera y sobrevienen hemorragias por las fosas nasales ó por la boca, casi nunca antes, y ésta es la característica muchas veces predominante que las diferencia de los epiteliomas. Por el contrario, en esta última neoplasia se manifiesta el infarto ganglionar cervical ó submaxilar desde el primer momento del mal, cual ocurre también en la infiltración gomosa difusa de la nasofaringe, enfermedad con la que más fácilmente se confunden los tumores malignos de la cavidad nasofaríngea.

En el período de estado ó de *manifestación ostensible y clara* pueden apreciarse ya los síntomas funcionales y subjetivos de un modo tan marcado que permiten establecer el diagnóstico con bastante seguridad.

La obstrucción nasal se acentúa y suele hacerse bilateral y completa ó absoluta, aboliendo el olfato.

Los fenómenos otíticos (otalgias, otorreas, ruidos de oídos, etc.) se hacen también más intensos y continuos, y determinan muchas veces sordera en mayor ó menor grado.

La dificultad al tragar se hace en ocasiones hasta muy dolorosa, y este dolor de la garganta, provocado en mayor escala al tragar la saliva y *en vacío*, se hace continuo algunas veces, irradiándose á la nuca, al cerebro, al cuello, al esternón ó á la cara, según el punto de implantación del tumor, según su extensión y según su naturaleza.

Consecuencia de semejante disfagia, consecuencia de la imposi-

Digitized by Google

bilidad de respirar por las fosas nasales y consecuencia de geración del reflejismo faríngeo que sobreviene, es la act mantener el paciente constantemente abierta ó semiabierta determinando una sensación indefinida de sequedad de las mezclada á cierta constricción, la cual se agrava por el es la masa tumoral, que comprime, invade, empuja y disloca dos, y que segrega moco-pus, fácilmente alterable y que c dez se altera, poniéndose glutinoso, adhiriéndose á la muc gestionada ó hiperestesiada, y produciéndose por sí y por la ción de *estorbo* que acusa el neoplasma, una constante gana gar ó de expulsar, que, además de molestar mucho al enf agrava su situación local.

Todas estas manifestaciones clínicas locales ocasionan a la voz gutural, tanto más acentuada cuanto más obstruída la cavidad nasofaríngea y cuanto más estenosadas estén l nasales.

De igual manera, determinan también un aumento de s mocopurulenta por las fosas nasales y garganta, impiden ó tan la alimentación, alejan el sueño, alteran las funciones vas, preocupan al enfermo y le hacen decaer rápida y p mente, física y moralmente.

Comprobaremos físicamente las *manifestaciones clínicas bles y claras* mediante la inspección ocular de las fauces, la copias anterior y posterior, la transiluminación de los senos to faríngeo y retronasal.

La inspección de las fauces en el período de iniciación no nos acusará, por regla general, ningún cambio en la nor de las partes; pero en un período avanzado, cuando la neo muestra en su pleno desarrollo, advertiremos que el velo se halla abultado y propulsado hacia adelante, ora en toda tensión, si la neoplasia nasofaríngea es central, bien en un lados, si el tumor toma su origen de implantación en las reg báricas.

Al mismo tiempo que el velo, la úvula se halla dislocad lares y el nicho amigdaliano aparecen abultados y empuj la masa tumorosa, inmóvil, presentando los tejidos todos, zona peritumoral más ó menos extensa, una infiltración que confundir la masa neoplásica con el resto de los tejidos circun

El abombamiento del velo y faringe mencionados suele racterísticos del sarcoma, más bien que del epitelioma.

Con efecto, y *siempre en tesis general*, el epitelioma presentarse *á la vista* como una tumoración abultada, lisa Cuando se halla en período de pleno desarrollo tumoral, ad infarto ganglionar correspondiente aparece aquél irregul

Digitized by Google

superficie, con mamelones fungosos de ulceración, cubiertos de exudación grisácea saniopurulenta, ulceración que presenta un fondo ligeramente socavado y unos bordes irregulares y callosos.

Por el contrario, en el comienzo del epitelioma nasofaríngeo apenas si logramos ver á los lados y arriba de los pilares posteriores ligera manifestación tumoral, siempre irregular y mamelonada, ó simplemente una ulceración saniosa característica.

Existen epiteliomas nasofaríngeos que, *al principio,* no señalan *otro síntoma* que un dolor provocado al tragar, sobre todo al tragar en vacío, raras veces espontáneo, como si fuera provocado por una espina, sin que sepan localizarlo los enfermos en un punto determinado, pero que lo señalan en el lado correspondiente de la garganta en que está el neoplasma; dolor siempre irradiado al oído, pero con intensidad moderada.

Se inspecciona la garganta en estos casos, y no se ve ni en las fauces, ni en la base de la lengua, ni en la epiglotis, ni en parte alguna visible, la menor señal de la causa del dolor. Se practican las rinoscopias anterior y posterior, y tampoco suele descubrirse la causa del mal por el que se consulta el paciente. Unicamente practicando un detenido y minucioso reconocimiento retrofaríngeo con el dedo se aprecia una pequeña superficie rugosa, desigual, dura, escondida por detrás de la porción superior del pilar posterior en su unión con el arco del velo palatino, ó en algún pequeño punto de la entrada tubárica que, además de la sensación táctil peculiar á toda neoplasia epitelial, determina más vivamente el dolor ó el pinchazo de que se queja el enfermo. Casi *á priori*, sin otras manifestaciones (que no las hay) por parte del oído, ni de las fosas nasales, ni de la cavidad nasofaríngea, ni de los ganglios linfáticos, que tampoco están infartados ó, á lo sumo, en muy pequeño grado, y sólo los submaxilares del lado afecto, podemos diagnosticar el epitelioma nasofaríngeo en su primer período.

La rinoscopia anterior, en los comienzos del neoplasma sarcomatoso, cuando adopte por su punto de origen la forma respiratoria, nos pone de manifiesto la estenosis de la fosa nasal correspondiente, más ó menos completa, por la infiltración y el edema de la mucosa en toda la superficie de los cornetes y meatos, los cuales están, además, llenos de un moco pus adherente y espeso.

Adrenalizada dicha superficie nasal, podrá apreciarse en la extremidad posterior del cornete inferior, ó en la abertura coanal, ó en la terminación nasofaríngea del meato inferior, alguna superficie tumoral no atacada por la adrenalina, y que se pondrá muy de manifiesto por el contraste que resultará con los tejidos todavía no invadidos por el tumor, fácilmente influenciados por la acción vasoconstrictora del medicamento.

Digitized by Google

Si la tumoración, sea sarcomatosa, sea epitelioma, ha p
francamente en la fosa nasal, y entonces es ya, por regla
el epitelioma el que suele difundirse en semejantes prolon
mejor y más frecuentemente que el sarcoma, se ve la fosa
estenosada por infiltración y edema, sino *obstruída* por la
moral que, rellenando todos los huecos y anfractuosidades,
mamelonada, sangrante, roja ó violada, y perfectamente a
confundida con los tejidos periambientes, cubierta con e
creción saniosa ó francamente purulenta.

En cualquiera de ambos casos la respiración nasal se
primida por completo.

Si se toca con un estilete la tumoración, se advertirá qu
senta excesiva dureza, que es friable, dislocable y pronta
se y dar sangre en abundancia, si se trata del epitelioma;
contrario, muy dura, lisa, sin mamelones, de color violác
oscuro, perfectamente fija é inmóvil, sin que el estilete pe
relativa facilidad, y apenas si se produce hemorragia, en e
tratarse del sarcoma.

La rinoscopia posterior, cuando puede ejecutarse en el
(más difícilmente practicable que en el epitelioma nasofa
causa de la exagerada sensibilidad y del aumento del re
aparte de impedirlo la misma masa tumoral en el período av
nos acusará la difusión del neoplasma en parte ó en el todo
vidad retronasal, con los mismos caracteres objetivos que se
tan en la faringe, velo ó en las fosas nasales; y en cambio e
telioma, predominando *menos cantidad* de masa tumoral, co
extensión, y manifestando siempre, ó la ulceración saniosa
lar, más ó menos profunda, ó el tumor mamelonado, rojo ó
ó violáceo, friable, dislocable, etc., etc., presentará los cara
que hemos hablado en el párrafo dedicado á la rinoscopia

La iluminación por transparencia ó transiluminación
aplicable en aquellos casos en que la masa tumorosa se hay
dido á través de las fosas nasales, en plenos senos frontales
lares. Entonces, la opacidad completa y absoluta de dichos
ausencia del signo de Hering, constituye ya un indicio de
portancia en favor de la presencia del neoplasma en dichas
des sinusiales.

Como complemento de este dato dignóstico, conviene inv
además, cual hacemos en el empiema de la cueva de Hig
signos de Vohsen-Davidson y el de Garel.

Sin embargo, aun no hallándose la neoplasia maligna n
gea difundida á las fosas nasales y, por lo tanto, á los sen
cara, es conveniente la transiluminación, á fin de precisar
lesión y su extensión en la fosa nasal atacada. Para ello pr

Digitized by Google

os la rinoscopia anterior en ambas fosas nasales, al mismo tiempo
ne mantenemos la lamparita eléctrica introducida en la boca, y or-
enamos que tenga el enfermo ésta cerrada. De este modo veremos
fosa nasal del lado sano mucho mejor iluminada que la del lado
fermo, como en la investigación del signo de Robertson para el
npiema del seno maxilar.

Lo mismo para la iluminación por transparencia que para la ri-
oscopia anterior, es sumamente conveniente adrenalizar las fosas
asales, no tan sólo con el objeto de poner más permeable el interior
asal, sino también *como medio de diagnóstico*, pues tengo adverti-
o que la adrenalina no ejerce sus acciones nasoconstrictoras, ó á lo
ano lo hace de un modo relativamente insignificante, sobre los teji-
os cancerosos; de forma que resaltan éstos de una manera muy vi-
ble sobre el resto de los tejidos anemiados y retraídos, circunstan-
a sobre la que ya llamé la atención hace años en mis trabajos so-
re la acción de dicho medicamento.

El tacto faríngeo y retronasal constituyen en mi sentir el medio
agnóstico de más importancia complementaria, después de los ya
unciados. Claro está que el verdadero *desideratum* es el análisis
stológico de un trozo de tumor; pero esto no es siempre factible, y
demás la Clínica cuenta, como hemos visto, con todos los procedi-
ientos de exploración y comprobación diagnóstica que hemos es-
diado, dignos de tener en cuenta, y que pueden servir por sí solos
ara aclarar la naturaleza del tumor nasofaríngeo, su punto de im-
antación nasofaríngea y la dirección y extensión de su difusión.

El tacto en la región faríngea se practica fácilmente, y sirve de
xiliar á la vista. Por él nos enteramos de la dureza del tumor, del
tado de su superficie, de la limpieza ó difuminación de sus límites,
e su movilidad y del grado mayor ó menor de temperatura que
antiene, en comparación con el de los tejidos vecinos.

En plena cavidad nasofaríngea nos tiene que manifestar lo que
a es más dificultoso que nos delate la vista, empleando la rinosco-
a posterior. Además de los caracteres táctiles peculiares á la tu-
oración situada en la faringe, tiene que denunciarnos el tacto en la
asofaringe el sitio ó región en que se implanta la neoplasia, su ex-
nsión, y distinguir la superficie íntegra del tumor del estado ulce-
so, con todos los caracteres físicos pertenecientes á este último
tado.

Además de esto, el tacto digital nos denunciará en ambos sitios,
aringe y cavidad retronasal, si al tocar ó al comprimir provocamos
olor, y si éste es muy intenso en relación con un grado pequeño
e compresión.

Todas estas manifestaciones clínicas que el tacto nos pone de
anifiesto nos servirán para esclarecer el diagnóstico de los tumo-

Digitized by Google

res malignos nasofaríngeos entre sí, y de éstos con otros morbosos locales, algún tanto confundibles.

Curso seguido por la enfermedad.—El curso ó marcha len seguir los tumores malignos de la nasofaringe varía en e

Los hay de marcha rapidísima, como los casos cit Pierre (1898) y Hallade (1879), que evolucionaron en algun nas; casos tan rarísimos, que los cito á título de curiosidad.

Por el contrario, existen otras observaciones, como las d y muchas de las mías, preferentemente la que publiqué en los *Ann. des malad. de l'oreille*, etc., que tienen un curso l evolucionan en varios años, cosa también bastante excepci

Cual acontece con los demás tumores malignos en genera establecerse como término medio del desarrollo del mal des nos meses hasta un año. Lo que exceda en el uno ó en el mino constituye ya una excepción á la regla.

La curación la creo, hoy por hoy, imposible, á pesar de veraciones en contrario de los autores americanos Walsh xander, Bryant y Burney, quienes refieren casos de cur sarcomas y de epiteliomas nasofaríngeos, como cita otro c Leyden (1898).

Por mi parte, no he sido tan afortunado; tanto en los como en los sometidos únicamente á tratamientos farmac ha sido la muerte la terminación de tan terrible afección.

Y como á mí, veo que les ha sucedido á todos los demás que citan casos de esta clase de tumores.

Comúnmente sobreviene la muerte de una manera rá por parálisis de los nervios craneanos, bien por meningitis morragia, por caquexia, por infección ó por reproducción s ra, en cuyo caso es siempre la marcha del tumor reprodu chísimo más rápida hacia la muerte.

Pronóstico.—Por las razones apuntadas, se comprend pronóstico tiene forzosamente que ser fatal. Jamás podem paciente, ó por lo menos á sus deudos, la menor cantidad ranza de curación.

Contentos si podemos prometer una mejoría *algún tan* dera, cuando *á tiempo* podemos operar *extirpando todos* lo enfermos, y aun parte de los sanos que rodean aquéllos. Y, gracia, nunca ó casi nunca, *ó poquísimas* serán las vece pueda tener lugar *tan bello ideal quirúrgico.* El comienzo i semilatente, oscuro, sin apenas manifestaciones que llamen ción del enfermo, sin adenopatías ni dolores, etc., de tales tumores, explican que ni se les diagnostique *en sus comi* por lo tanto, que se les pueda atacar con *la necesaria oport*

Etiología. Patogenia. Anatomía patológica.—Sobre tal

Digitized by Google

tos apenas si cabe opinión propia en los momentos actuales. La etiología y la patogenia de los tumores malignos de la nasofaringe es, ni más ni menos, que la de los tumores malignos de cualquiera otra región del cuerpo humano; y respecto de la anatomía patológica, estoy de acuerdo con Laval al consignar que presenta bastantes nebulosidades, cual ocurre con la de los neoplasmas del testículo y de las fosas nasales. «Rinólogos de experiencia—añade—tales como Ruault y Lubet Barbon, pretenden haber sorprendido en desacuerdo la Clínica y el Laboratorio en el diagnóstico y el pronóstico de estos tumores. M. Escat, por su parte, tiene en observación desde hace cinco y seis años tumores nasales, de los que uno parece curado, otro detenido en su evolución, en oposición al pronóstico extraordinariamente maligno que parecía desprenderse del examen histológico.»

Y añado por mi parte á los casos de Escat que, como él, tengo yo publicadas observaciones clínicas de epitelioma, por ejemplo, del oido medio, cuyo análisis histológico fué practicado por el eminente Dr. Cajal, y cuya operación (ático-antrectomía amplia) practiqué el día 26 de Noviembre de 1898, y, sin embargo, continúa el enfermo vivo y sin el menor vestigio de reproducción del neoplasma, y perfectamente curado de su lesión auricular en la fecha en que escribo estas cuartillas.

En cambio, recuerdo, entre otros, el caso de una enferma á quien operé varias veces en este curso una tumoración situada en plena cabeza del cornete inferior del lado derecho, tumoración que por su aspecto clínico *parecía* un fibrosarcoma, que llegué á extirpar resecando *todo el cornete* con los tejidos sanos que rodeaban la tumoración en la tercera intervención de las tres veces que se ha reproducido, reproducción que siempre ha tenido lugar *pocos días* después de cicatrizada la herida quirúrgica, y, *sin embargo*, el análisis histológico practicado las tres mencionadas veces que se operó calificó dicho tumor de *pólipo fibroso con bastantes vasos ectásicos.*

Sin que estos y otros casos semejantes, de que no quiero hacer mención, aminoren la importancia suma que el análisis histológico tiene en el esclarecimiento diagnóstico de los tumores y, por ende, del pronóstico, quieren expresar, sin embargo, que existe también con ellos en ocasiones, cual ocurre con la clínica, la vacilación y la duda, cuando no ya el error con sus consecuencias en todos sentidos para el porvenir del enfermo ó del operado.

Diagnóstico.—Después de lo dicho, parece algún tanto fácil establecer el diagnóstico de esta clase de tumores. Sin embargo, he creído de algún interés establecer en el siguiente cuadro los caracteres diferenciales del sarcoma, del epitelioma, del fibroma y de la infiltración gomosa difusa de la cavidad nasofaríngea.

Digitized by Google

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL

Sarcoma nasofaríngeo.	Epitelioma nasofaríngeo.	Infiltración gomosa difusa de la nasofaringe.	Fibroma nasofaríngeo.
Edad: De ordinario antes de los cuarenta años.	*Edad:* Por regla general, pasados los cuarenta años.	*Edad:* De los treinta á los cincuenta años.	*Edad:* Hasta los veinte años.
Marcha: Regularmente lenta.	*Marcha:* Algún tanto rápida.	*Marcha:* Lenta.	*Marcha:* Muy lenta.
Caracteres: Ausencia de infiltración ganglionar de los submaxilares, cervicales, etc., hasta que se ulcera el tumor.	*Caracteres:* Ganglios infartados, preferentemente del cuello y submaxilares del lado afecto, aun sin ulcerarse el tumor.	*Caracteres:* Ganglios infartados múltiples, sobre todo los cervicales, desde el comienzo de la infiltración gomosa.	*Caracteres:* Ausencia de ganglios infartados.
Tumor duro, liso, difuso que rellena la cavidad nasofaríngea ó uno de sus lados, propulsando hacia adelante el velo, pilares y úvula, y con tendencia preferente á extenderse por la faringe. Indolente aun casi á la presión. Exageración de reflejos faríngeos.	Tumor limitado, ni duro ni blando, generalmente localizado en las regiones tubáricas ó en las coanales; doloroso á la presión y aun casi espontáneamente, y con tendencia preferentemente á extenderse por las fosas nasales.	Tumoración difusa, lisa, con dureza, que cede á la pr sión, y poco uniforme, indolente, y sin preferente tendencia en su difusión. Exageración en los reflejos faríngeos. Antecedentes sifilíticos.	Tumoración muy dura, *leñosa*, perfectamente limitada y *fija*, lisa, indolente aun á la presión, con tendencia á extenderse hacia la faringe y las fosas nasales. Sin exagerar los reflejos faríngeos.
Se ulcera tardíamente, produciendo frecuentes hemorragias por las fosas nasales á causa de verificarse la fusión en plena cavidad nasofaríngea antes que en la faringe oral. Ulceración mamelonada y socavada, algún tanto dura, poco dolorosa.	Se ulcera prematuramente y con alguna rapidez; determina hemorragias, y al tacto se aprecian bordes y fondo fungoides, muy dolorosos.	Ulceración como hecha por sacabocados, que produce hemorragias no muy intensas, y es apenas dolorosa y de carácter blandujo y fungoso en fondo y bordes.	No suele ulcerarse, aun cuando determine hemorragias nasales.
Ningún tratamiento lo modifica, y pocas veces lo cura el quirúrgico.	Completa ineficacia de los tratamientos hasta hoy empleados.	El plan antisifilítico cura esta manifestación terciaria.	La oportuna operación lo cura.

Digitized by Google

Cabe también el poderse establecer la confusión entre estos tumores y, por ejemplo, los abscesos látero y retrofaríngeos, y aun con los abscesos retroamigdalianos; pero la existencia anterior de una enfermedad supurante del oído, el debut de la enfermedad en curso agudo y la fluctuación de la tumoración, aparte de los dolores lancinantes, disfagia dolorosa, etc., etc., y otros síntomas que no hace falta enumerar (anginas, etc., etc.), precisarán el diagnóstico.

Sin embargo, existen casos en los que es factible encontrarse un absceso laterofaríngeo ó retrofaríngeo, sobrevenido *en el curso* de la evolución de un sarcoma nasofaríngeo; pero siempre podrán deslindarse con suficiente claridad las manifestaciones clínicas de curso lento ó crónico que corresponden á la neoplasia, de las pertinentes al proceso inflamatorio agudo, precursor del absceso ó de la colección de pus. Y en último resultado, al abrirse éste espontáneamente ó al incindirlo el cirujano, se confirmará el diagnóstico si no se hubiera establecido, y nunca vendrá á agravar el conflicto patológico local.

Los pólipos fibromucosos de las coanas son pediculados, movibles, blandujos, indolentes, de curso muy lento, y no dan lugar á trastornos funcionales de entidad, como ocurre con los tumores nasofaríngeos, por lo cual se les puede reconocer y distinguir de éstos con relativa facilidad.

En cuanto al encondroma, es de una rareza verdaderamente exagerada, tiene una dureza *ósea*, evoluciona *muy lentamente*, tiene perfectamente marcados sus límites, es indolente, no envía prolongaciones ni á la faringe ni á las fosas nasales, y apenas si determina alteraciones funcionales, fuera de la sensación de estorbo en la respiración nasal y de cuerpo extraño en la cavidad nasofaríngea.

Tratamiento.—En pocas líneas puedo expresar mi opinión referente al tratamiento de los tumores malignos de la nasofaringe.

No creo en absoluto en la eficacia de ningún tratamiento farmacológico, á pesar de que Mac Brida afirma que el arsénico al interior, y sobre todo el cacodilato, detienen el sarcoma en su evolución, con los que Heymann y Alexandre dicen haber obtenido dos curaciones; y de que Rech y Kuh sostienen la posibilidad de curar el epitelioma con las inyecciones locales de alcohol, la quinina, el jugo de violetas, etc., etc., ensalzadas por otros; y así podríamos ir citando casi todas las sustancias antiguas y modernas estudiadas en Terapéutica.

¿Sufrirán igual suerte desgraciada las experimentaciones clínicas del radium en inyecciones hipodérmicas locales, en los casos en que no se le puede aplicar su acción activa radiante?

Por eso me contento cuando no se puede operar, con alguna ligera esperanza, siquiera *de espera,* intentando *ahogar* ó quitar ele-

Digitized by Google

mentos de vida á los territorios superficiales del tumor, hacie
situ aplicaciones de disolución concentrada de adrenalina y
con objeto de anemiar la tumoración y territorios vecinos, á
que se desinfectan y limpian de los productos de secreción pa
ca, con lo que llevamos al enfermo alguna mejoría, siquie
transitoria, y algún consuelo á su horrible calvario físico y

Con esto y con las inyecciones de morfina para calmar lo
res y el insomnio, sin temor á la morfinomanía, creo cumplir
ber aliviando *en lo posible* al paciente, ya que nos sea por ah
posible hacer otra cosa.

¿Nos da mejores garantías de éxito el tratamiento quirú
Por desgracia, tampoco podemos prometernos nada seguro d

Aparte de que casi nunca llega el paciente á consultar *en*
mienzos del mal, sino por el contrario, cuando el desarrollo
neoplasia la hace inoperable por completo; y aun así, resulta
principios de más difícil diagnóstico, y, por tanto, las indica
quirúrgicas son más fácilmente desatendidas.

Y aun aceptadas éstas por el enfermo, no podemos dar ga
suficientes de la no reproducción, aun en tan excelentes cond
para operar, *al parecer*, no tanto por las condiciones de m
menor malignidad del tumor, cuanto por las condiciones oper
de la región en que se implanta.

De mí sé decir que el resultado de mi estadística no pue
más desconsolador. He ahí la causa de mi pesimismo.

De veinte casos tenemos *un* operado muerto por reprod
cuatro operados cuyo resultado se ignora, pero que podemos
los al anterior sin temor á equivocarnos; *tres* que murieron
operados; *once* que ignoramos qué ha sido de ellos, á los qu
poco se operó, y de los que es *muy raro* no hayamos tenido la
noticia de su suerte; quedando *uno* en tratamiento... paliati
no poder hacer otra cosa, y cuyo fin funesto tenemos ya p
ticado.

Por lo tanto, en *veinte* observaciones veinte resultados
ciados, incluyendo los operados y los que eran inoperables.

En tales condiciones, y hoy por hoy, mientras la ciencia
dé *un recurso verdad* que pueda emplear contra tan temibl
vencible enfermedad, opto por el tratamiento farmacológico
espera, que he mencionado, unido á un plan general fortifi
tónico.—(Del *Boletín de Laringología, Otología y Rinolog*
Madrid.)

**Valor terapéutico del cinamato de sosa en la tu
losis pulmonar**, por D. Miguel Ruiz-Matas y Martínez,
de Alcalá la Real, en la provincia de Jaén.—Memoria premi

Digitized by Google

Instituto Médico Valenciano en el concurso de 1905.—Lema: *Ma-ister dixit.*—Antes de entrar en teorías y hechos clínicos que pal-ablemente nos demuestran el poco valor que hoy por hoy tiene el inamato de sosa en la tuberculosis pulmonar, diremos que, para esarrollar lo más clara y perfectamente el tema que á este trabajo rve de epígrafe, no hemos tenido escrúpulos de ningún género en opiar párrafos del libro del Dr. D. Abdón Sánchez-Herrero, Cate-rático de Medicina en la Facultad de Madrid, titulado «Tratamien-o curativo de la tuberculosis pulmonar», por ser éste el libro más mpleto que hemos leído de tratamiento de la tuberculosis pulmo-ar por el cinamato de sosa.

Además, el talento tan claro y fecundo y la pluma tan castiza chispeante del Sr. Sánchez-Herrero, unidos en sublime y raro onsorcio, han hecho de este libro un volumen útil y de agradable asatiempo, tanto para clínicos como para los alumnos de Medicina.

En él vemos la teoría de Landerer, á quien cabe la gloria de ha-er sido el primero en lanzarse á la clínica y á la patología experi-ental con el cinamato de sosa y ácido cinámico en inyecciones, reciéndonos después, con una franqueza y modestia que le enalte-en, el débil resultado de sus experimentos y de sus observaciones acro y microscópicas.

En dicho libro encontramos opiniones, teorías y hechos sintetiados de varios sabios sobre este medicamento y sobre otros mu-os que actualmente se usan en el tratamiento de la tuberculosis ulmonar.

Podemos también apreciar la crítica (quizá exagerada) de los natorios para tuberculosos y de las medicaciones coadyuvantes, les como sobrealimentación, no olvidándose tampoco de dar un uen repaso á las tuberculinas.

Pero lo que más nos ha llamado la atención, lo que nos ha de-ado perplejos, es el pomposo título del libro y, como consecuencia mediata, el afirmar el Sr. Sánchez-Herrero que él cura con el ci-amato de sosa el 100 por 100 de los enfermos...; y esta estadística n halagüeña fué la que nos hizo ensayar su tratamiento, dejándo-os desgraciadamente convencidos de lo contrario; por eso nos lan-amos hoy á publicar nuestros resultados, tan en opuesta conformi-ad con los obtenidos por el Catedrático de Madrid; y por cuyas ra-ones hemos creído lo más conveniente, para desarrollar el tema ropuesto, hacer una ligera crítica del ya citado libro, creyendo ndadamente que, siendo hoy en España el mejor y único quizá ublicado con todo lujo de detalles, y haciendo teórica y clínica-ente la crítica del tratamiento seguido allí, llegaremos segura-ente á desenmascarar y quitar las vanas esperanzas que en el ci-amato de sosa se empezaban á abrigar.

Digitized by Google

Si algo hemos hecho digno de ser oído por autorizadas p
dades, se verán sobradamente colmadas nuestras ilusiones;
tro torpe cerebro no ha sabido hacer nada digno de menc
quedará al menos la conciencia tranquila de haber cump
un sagrado deber que el ejercicio de la Medicina nos impon

—

Como no es nuestro objeto hacer la historia del medicam
lamente diremos que Landerer experimentó con las inyecc
travenosas de bálsamo del Perú, después con las mismas
mato de sosa (1893-1899); que Vamosi trató tuberculosis loc
la gasa esterilizada empapada en bálsamo del Perú y por i
nes intersticiales de emulsión del mismo bálsamo (1889);
Upitz (1889) trató varias clases de tuberculosis con inyeccio
cutáneas del mismo bálsamo; que, en fin, Thicles (1890), D
(1890), Espina y Capo (1901), Sánchez-Herrero y otros han
do el cinamato de sosa con diferentes resultados, asegurán
nos, entre ellos Sánchez-Herrero, que el éxito más lisonje
ronado sus esfuerzos é innovaciones.

Según Lyon y Loiseau, se obtiene actualmente el ácido
del stirax ó, sintéticamente, por oxidación de su aldehido, la
de canela, y se prepara el cinamato de sosa por saturación e
te del ácido cinámico con el carbonato de sosa. El cinamato
se conoce también con el nombre de Hetol ($C^6H^5CH-CHCO$

Veamos ahora la acción fisiológica que le atribuye el c
Stuttgart al cinamato de sosa en la tuberculosis pulmona
este clínico, lo primero que determina es una inflamación
tiendo ésta en extasia de los capilares, una imbibición seros
acumulación de leucocitos: *estadio de la leucocitosis.*

Después observó una verdadera barrera de leucocitos, y
mo tiempo una inmigración de leucocitos multinucleares e
dulos y en los tabiques alveolares, así como una nueva fo
de vasos: *estadio de enquistamiento.*

Más tarde se hallaron los tubérculos rodeados de tejido co
joven y vasos penetrando en los tubérculos, así como tambi
traba en ellos el dicho tejido conjuntivo: *estadio de penet*
de vascularización. En este período los bacilos casi han d
cido, y se ve, en fin, pasar al tejido conjuntivo joven al esta
jido cicatricial, mientras que las otras partes de los pulm
ofrecían enfisematosas unas, normales otras y con pneumoní
ticial crónica: *estadio de la cicatrización y de la retracción*
este período han desaparecido los bacilos.

Es singular (sigue diciendo Landerer) el ver que una mi
tancia provoca en los mismos sitios al principio una viva infl

Digitized by Google

mientras que al desaparecer los procesos tuberculosos no se observan más que procesos reguladores. Se debería admitir que el ácido cinámico y el veneno tuberculoso, mezclados, dan nacimiento á una materia que provoca una inflamación local; esta materia resultaría en cantidad tanto más grande cuanto el proceso es más reciente y el veneno tuberculoso más abundante; y la cantidad de esta materia disminuiría á medida que el veneno tuberculoso disminuyera.

En apoyo de esta manera de ver, cítase el hecho de observación de que el ácido cinámico (1) no provoca ninguna inflamación en los órganos sanos.

En el hombre, Landerer ha observado algunos accidentes (como abatimiento, fiebre, hemicránea acompañada de vómitos, nefritis albuminosas y aun uremias) que son muy raros, y de los cuales no hace responsable al cinamato, sino á degeneraciones consecutivas á la tuberculosis, por lo que respecta á las nefritis y uremias, y á complicaciones, por lo que respecta á los demás.

En este medicamento, como en todos, sus acciones dependen de la cantidad absorbida, y de aquí que consignemos las dosis administradas por Alberto Landerer para haber observado los dichos efectos.

Administra, en inyección venosa, un miligramo de cinamato de sosa, ó sea la décima parte de una jeringuilla de Pravaz de disolución al 1 por 100. Cada semana aumenta uno ó dos miligramos, y á los treinta ó cuarenta días de tratamiento llega á dos centigramos y medio, ó sea poco más de media jeringuilla de la disolución al 4 por 100, dosis de la que pasa rarísima vez. Las inyecciones las pone en días alternos. Algunas veces llega á cinco centigramos, pero á diez centigramos sólo en sus principios llegó, renunciando después á ello.

Algunas veces, en los niños y jóvenes sobre todo, sustituye las inyecciones intravenosas por las inyecciones musculares, en los glúteos.

De lo expuesto hasta aquí resulta «que el cinamato de sosa retrasa la evolución de la tuberculosis experimental en los conejos y á veces la cura. Los fenómenos anatómicos observados en los cadáveres de tuberculosos humanos tratados en vida por el cinamato de sosa, son análogos á los de los conejos tuberculosos sacrificados después de un tiempo mayor ó menor de tratamiento». (Sánchez Herrero.)

Como en la refutación del teorizante Landerer estamos conformes con el catedrático de Madrid, seguiremos copiando lo siguiente: Sustituyendo lo de *viva inflamación* con la *reacción viva*, y teniendo

(1) El cinamato de sosa posee las mismas propiedades.

Digitized by Google

presente que las acciones del cinamato de sosa no son ni pu
sólo locales, sino que son generales, no olvidando que el v
berculoso no puede estar localizado, pues lo localizado son
los, si acaso, y agregando á la cuenta que todo ello indica bi
mente una especificidad de acciones terapéuticas, lo que
teoría, que es bien poco, puede pasar. Porque, en efecto:
de leucocitosis general ó aumento y cambio de estructura d
cocitos en la sangre por las inyecciones cinámicas, descubi
Landerer en las ranas, han sido descubiertos por Richter y
la rana, en el conejo y en el hombre, demostrando después
acción quimiotáxica del cinamato de sosa sobre los glóbulos
La leucocitosis, así provocada, alcanza su máximum á l
cuatro horas de la inyección; desciende luego lentamente,
veinticuatro horas ha desaparecido; mas si se repiten las
nes en días sucesivos, la desaparición de la leucocitosis s
hasta las cuarenta y ocho horas.

Los glóbulos rojos no experimentan ninguna modificaci
ciable á consecuencia de las inyecciones intravenosas de
de sosa; pero sobre las plaquetas ejercen una influencia int
la de disminuirlas á medida que aumentan los leucocitos, ha
contrarse cuando la leucocitosis llega al máximum, aparec
nuevo y aumentando hasta la cifra normal cuando la le
disminuye y desaparece.

El Dr. Sánchez-Herrero critica los ridículos miligramos
cipio, así como las suspensiones infundadas é inexplicables
dicación de Landerer, y dice: «Después todavía he llegado
tar hasta 70 centigramos durante semanas, y aun meses,
rrupción, con los mismos resultados, ó sea treinta veces
máximas de Landerer.

»¿Dónde están las acciones congestivas hasta ser hem
ras, las esclerosantes del pulmón y las piretógenas del cin
sosa? ¿Es que las determinan las dosis mínimas del medi
mientras las grandes dosis son hemostáticas, descongestio
febrífugas?

»Yo he experimentado sus propias dosis, y nada he
autorice sus afirmaciones.»

«De los hechos relatados hasta aquí no resulta más qu
cinamato de sosa retrasa la evolución de la tuberculosis ex
tal en los conejos, y á veces la cura. Los fenómenos anató
servados en los cadáveres de los tuberculosos humanos tr
vida por el cinamato de sosa, son análogos á los de los c
berculosos sacrificados después de un tiempo mayor ó
tratamiento.»

Y una vez enterados de los dudosos resultados que Alb

Digitized by Google

derer ha obtenido con el cinamato de sosa, enterémonos también de lo que dice el quizá más entusiasta del mundo Dr. Sánchez-Herrero, y observemos las contradicciones teóricas en que incurre y, sobre todo, los contradictorios resultados que hemos observado en la clínica, base ésta á la cual todos debemos someternos en pleno, por ser la verdadera fuente *práctica* de conocimientos que nos han llevado y llevarán á juzgar sin ambages ni rodeos, sin dudas y sin vacilaciones, á afirmar ó negar si un medicamento cura ó no, si es un específico contra una enfermedad ó no lo es, si es pura ilusión de un clínico ó si es realmente la panacea anhelada. Por la clínica se juzgan las verdades de la Fisiopatología y los errores de la Terapéutica, y en ella nos hemos apoyado para, con firmeza, con seguridad absoluta, dar un fallo justo al valor terapéutico del cinamato de sosa en la tuberculosis pulmonar.

El clínico entusiasta de la Facultad de Madrid dice que varía la dosis que administra de cinamato, según cada caso de tuberculosis: llega á la dosis de 70 centigramos, y dice estar dispuesto á aumentarla, si el caso lo exige, hasta la iniciación de los fenómenos tóxicos, «que hasta ahora no he presenciado ni sé en qué consisten» (S.-Herrero). Inyecta por debajo del borde espinal de los omoplatos (inyecciones intramusculares subescapulares) solución al 4 por 100 de cinamato de sosa, aumentando progresivamente la dosis, con lo cual dice haber conseguido: 1.°, la desaparición rápida de la fiebre tuberculosa; 2.°, la no tan rápida disminución de la tos y de la expectoración; 3.°, la aglutinación de los bacilos; 4.°, la desaparición de los bacilos de la expectoración; 5.°, la desaparición de la tos y la expectoración; y 6.°, la cicatrización de las lesiones tuberculosas y la curación de las lesiones perifímicas y parafímicas. Estos son los *hechos clínicos* fundamentales realizados con ese orden y en esa sucesión.

«No creo necesaria aquí la demostración, tantas veces hecha experimental y clínicamente, de que la fiebre tuberculosa, más que función bacilar directa, es función toxínica; pero si algo faltara á esta demostración, lo aportaría la acción antipirética del cinamato de sosa contra la fiebre tuberculosa.»

«Cierto que la ó las toxinas tuberculosas, de los bacilos tuberculígenos proceden, y cierto que la fiebre tuberculosa que estas toxinas ocasionan se puede suprimir temporalmente dejándolas íntegras con sólo quitar impresionabilidad al sistema nervioso; pero que no es esta última la manera de actuar el cinamato de sosa al suprimir la fiebre tuberculosa, lo acredita la mejoría permanente y progresiva de los enfermos y de su nutrición, cada vez más comprometida cuando la supresión de la fiebre obedece á las acciones antivitales de los agentes disminuidores de aquella impresionabilidad. Y

Digitized by Google

como los bacilos persisten después de suprimida la fiebre, n
ningún lugar á la duda; la acción primera del cinamato de
la tuberculosis pulmonar es una acción antitóxica hasta
de convertir los bacilos en parásitos inofensivos.

Pero ¿cómo hace eso? ¿Es acaso un neutralizador quím
destruye ó neutraliza por simple afinidad las toxinas tuber
Varios hechos y razones contradicen suposición tan sencilla
mer lugar, una acción semejante no curaría la tuberculosi
viaría solamente; porque los microbios seguirían viviendo
ciendo toxinas, y el tratamiento, dado que el organismo fu
retorta que consintiera infinitamente esta producción y esa
lización continuas, no alcanzaría nunca á destruir los bac
curar sus lesiones. En segundo lugar, las acciones febrífuga
namato de sosa, aunque rápidas, no lo son tanto como corre
rían á las de un antídoto directo químico é instantáneo, y bi
que son procesales. Y en tercer lugar, cuando se presencia
de curación espontánea de tuberculosis pulmonar, hay que
la curación á una función defensiva del organismo viviente;
casos de curación artificial siempre será más racional in
misma función curadora del organismo suscitada, ó, mejor d
citada por el tratamiento, que suponer caprichosamente acc
rectas del remedio.

Lo que mejor sabemos hoy de defensas del organismo,
tra los microbios como contra las toxinas, es la función leu
sin excluir la del hígado y la de algún otro órgano; y lo m
modo de desaparecer la fiebre tuberculosa, que los fenóme
subsiguen, inclinan á creer que el cinamato de sosa es una
de *estimulina* de la total función leucocítica, y aun de la to
ción defensiva, contra las toxinas y contra los microbios
berculosis.

Solamente así puede explicarse que disminuyan la tos
pectoración tan pronto, lo cual significa una disminución d
nación bacilar, y al cabo una disminución del número de ba

Luego el hecho de aglutinación de los bacilos tiene que
bido á una *aglutinina*, producto leucocítico, según todas la
bilidades.

Después la desaparición de los bacilos de la expectora
cuyo hecho sólo la fagocitosis puede dar cuenta.

Más tarde, la desaparición de la tos y la expectoración
ha de intervenir el proceso reparador de las lesiones, á los
tos en gran parte encomendado.

Por último, la cicatrización de las lesiones tuberculosas y
ción de las perifímicas y parafímicas, incomprensible sin la
ción de sus causas, que sólo ó casi sólo los leucocitos pueden

Digitized by Google

Si la condición esencial de una teoría es que dé perfecta cuenta de los hechos que trata de explicar, la teoría de la acción estimulante y tónica sobre los leucocitos del cinamato lleva por completo aquella condición, y por eso la formulo, la apoyo y la defiendo.

De esto se podría inducir que yo hacía del cinamato de sosa un medicamento universal contra toda clase de infecciones y no un específico de la infección tuberculosa, pero nada más lejos de mi ánimo: yo creo, por el contrario, que cada *estimulina* estimula la función defensiva en general, y la leucocítica en particular, de un modo completamente diferente y adecuado á cada particular infección, por lo mismo que cada agente infeccioso ataca las defensas orgánicas á su manera.»

Henos ahora enfrente de una teoría tan fascinadora como vulnerable; tanto, que tememos dejarnos puntos sin atacar por temor á la pesadez; no obstante, procederemos por orden riguroso, primeramente teórico y *clínico* después, y nos esforzaremos en poner al descubierto nuestros verdaderos hechos clínicos, que tan en contraposición están con la teoría sustentada por el Dr. Sánchez-Herrero.

Dice, en primer término, que «ha conseguido la desaparición rápida de la fiebre».

Teóricamente él mismo confiesa que algunas veces se aumenta, bien como complicación, bien como degeneraciones consecutivas á la tuberculosis ó bien á dosis excesivas de medicamento, estando en este punto conforme con Landerer; después veremos que en la clínica éste como los demás puntos están plenamente opuestos á los hechos; mas no adelantemos la práctica, dejemos á las historias clínicas que con la resplandeciente elocuencia de la verdad desvanezcan los errores en el lugar oportuno.

Con el talento y el atrevimiento característicos del Sr. Sánchez-Herrero, dice que ningún hecho de patología puede invalidar su teoría, mostrándose conforme con Landerer en los resultados obtenidos en el conejo, y después quiere quitarles importancia á los hechos experimentales...

Su afán por curar á la humanidad tuberculosa, el prurito de ser el descubridor *verdad* del específico de la tuberculosis, la ansiedad de divulgar su remedio, y quién sabe cuántas causas más, han llevado al maestro al precipicio de los ilusos, cayendo, por desgracia, en la negación de la patología experimental, base científica de primer orden, como todos sabemos. ¿Que en el conejo los glóbulos no son como en el hombre? ¿Que sus fagocitosis y quimiotaxias no se verifican del mismo modo? ¿Quién puede asegurar lo uno y negar lo otro? Mas no es esa la cuestión, no; él debe preguntarse: La tuberculosis, ¿es una? El bacilo de Koch, ¿es el mismo en todas las tubercu-

Digitized by Google

losis? Sus toxinas, ¿son idénticas? Sí; pues hacer individuos
losos y á curarlos con el cinamato; y una vez dado este prin
colocados estos cimientos perfectamente, dirigir sus esfuer
rar individuos humanos tuberculosos, á personas en las cu
esputos manifiestan por el microscopio la presencia del ba
pués de hacer su diagnóstico á la cabecera del enfermo y
do á estos desgraciados el cinamato de sosa en la forma
apropiadas, ver si se curan ó no. ¡Que se mueren extenuad
diarrea!... Luego veremos que se mueren sin diarrea (por
sis) los tuberculosos tratados por el cinamato; mas debemos
tar si la diarrea es ó no tuberculosa; porque siéndolo, co
el cinamato debía curar lo mismo la forma pulmonar, que
tinal, que la glandular, etc., etc.

Ya hablamos de este mismo asunto el presente año en la
Médica de Granada, y públicábamos algunos resultados y
consideraciones respecto del cinamato de sosa.

También la observación es, desde luego, una gran fuen
nocimientos; y observando el proceso evolutivo y curativo
mirablemente descrito por Landerer, se nos ocurre la idea
ma en algunas ocasiones (pocas por desgracia) de que esas
nes de tuberculosos, esas calcificaciones, esos rellenos de te
juntivo observados en las autopsias de algunos individuos
muertos á mano airada ó de alguna enfermedad que no
berculosis, y, en fin, hallados hasta en pulmones tuberc
donde pueden verse unos tubérculos formándose, otros calc
se y otros calcificados, curados; pues bien, estos individuo
tomado el cinamato, estos enfermos nunca hanse quejado
quizá, otros ni lo sospecharon siquiera ni ellos ni el médic
asistía en sus dolencias; éstos, repito, no han absorbido me
to alguno para combatir la tuberculosis, y sin embarg
curado.

Esto es cierto, esto se ve con relativa frecuencia, y oc
guntar: ¿No pueden del mismo modo haberse curado algun
mos á quien les han administrado el cinamato de sosa ú ot
camentos apropiados al caso? Sí; en buena lógica, sí.
quizá, dichos medicamentos estimulado la fagocitosis, d
vivamente las quimiotaxias, habrán actuado como anti
habrán, en fin, favorecido todas las reacciones vivas y a
defenderse al organismo humano, habrán anticipado su
pero sin ellos también aquel organismo se hubiera curado c
muchos, *per se*.

Nos habla el Dr. Sánchez-Herrero de la especificidad
mato, y, para probarla, dice que en el hombre y en los ani
nos no provoca reacción alguna á pesar de los grandes t

Digitized by Google

que hace sufrir al organismo enfermo; y la verdad es que nosotros no nos explicamos el por qué de esa afirmación, pues creemos que la acción fisiológica de un medicamento se observa siempre en el organismo, aunque aquél sea específico para una enfermedad; vemos, en efecto, que así pasa con el sulfato de quinina; de manera que, para nosotros, en vez de dar fuerza en pro de la especificidad á su argumentación, se la quita si lo comparamos á un medicamento de tan reconocida eficacia en el paludismo como lo es la quinina.

Debemos señalar después la crítica á Landerer de Sánchez Herrero, fundada, según se deduce, en la corta cantidad que inyecta del cinamato; y de ahí sus fracasos, no de las aptitudes hemorragiparas en que coloca al pulmón el cinamato por sus congestiones peritímicas y parafímicas; antes por el contrario, según el catedrático de Madrid, ya hemos visto que dice que anemia, descongestiona, que es un hemostático pulmonar, sobre todo, de efectos más seguros que la ergotina y la adrenalina. Nosotros en este punto podemos asegurar, por haberlo visto en varios casos, que el cinamato ni descongestiona ni es hemostático en la tuberculosis pulmonar; lo que sucede es que ésta sigue su marcha destructora, y cuando llega á lesionar un vaso se presenta, naturalmente, la hemoptisis, mortal ó no, según el calibre del ramo atacado; esto es lo que antes pasaba y ahora igual pasa, á pesar del cinamato, de la ergotina, adrenalina, agua de Rabel, azelina, y, en fin, con todos los remedios que hasta ahora son impotentes para detener aquellas hemorragias; y lo serán siempre, porque lo que hace falta es curar la tuberculosis, que no avance, que no destruya vasos: que entonces los hemostáticos todos se quedarán reducidos á la impotencia, como hasta aquí.

Y ahora, para probar terminantemente que el cinamato no cura la tuberculosis pulmonar ni hace que desaparezcan los bacilos de los esputos, ni éstos y la expectoración, vamos á consignar algunas historias clínicas publicadas por mí y por otro digno compañero en la *Gaceta Médica de Granada* (1), asegurando como médico y caballero que todas las historias están hechas con la conciencia tranquila, con el pleno convencimiento de haber primero hecho un diagnóstico cierto á la cabecera del enfermo, confirmado después por el microscopio; y segundo, que hemos seguido *ad pedem litteræ* las instrucciones del Dr. Sánchez-Herrero para administrar el cinamato de sosa.

1.ª Enrique León Utrilla, de veintitrés años y sin antecedentes; tiene cuatro hermanos en buen estado de salud, no habiendo muerto ningún otro. Al ratificarnos el microscopio el diagnóstico hecho á la cabecera del enfermo, nuestro ánimo contristado despertó con agra-

(1) 31-I-1904, 15-IX-1904 y siguientes.

Digitized by Google

dables ilusiones al leer el libro del Sr. Sánchez-Herrero, a
por un médico hermano del paciente para aplicar el med
específico en la forma y dosis que en aquél se aconsejan.
moptisis no muy grave había sufrido ya el enfermo cuand
zamos el tratamiento *moderno* (sin abandonar la creosota
col, cacodilatos, fosfatos, etc., etc.) con arreglo á las ind
del libro y habiendo traído el *natrium cinamicus puriss.* de
de Amsterdam. No había lesiones intestinales, comía y
bien, no tuvo jamás diarrea, y dejó de existir á consecu
una tercera hemoptisis, al mes y pico de sometido al tra
del Dr. Sánchez-Herrero.

2.ª Carmen Rodríguez Pesea, de treinta y ocho años
ha tenido nueve hijos; en los primeros días de Agosto del a
tuvo una hemoptosis, y á este accidente refiere el comien
padecimiento; el médico que la asistía la prescribió el jara
pofosfitos Climent, que desde aquella época vino usando.
mis servicios el día 8 de Septiembre, y, recogidos los ante
(muerte de un hermano por tuberculosis pulmonar) y exau
enferma, se impuso el diagnóstico de tuberculosis pulmona
y febril. Le propuse el tratamiento por las inyecciones de c
que aceptó la enferma. Comencé al día siguiente, esperé el
do, y vino el primer fracaso: ni remitió la fiebre, ni desper
tito, ni cesó un solo día de arrojar esputos puriformes y s
lentos. El 27 de Octubre, al venir á mi casa á que la inyec
dijo que en la noche anterior había hecho nueve deposic
prescribí el tanígeno, y desapareció la diarrea para no
presentarse. Y, sin alivio un solo día, murió el 17 de Dicie

3.ª Francisco Luis Donaire, casado, treinta y dos años,
antecedentes morbosos ni hereditarios. Me consulta porque
gún tiempo que el cansancio y la fatiga le impiden dedica
faenas agrícolas; porque esputa moco sanguinolento después
lentos accesos de tos, y porque sospecha que todos los días
bre. Reconocido el pecho, encuentro en el pulmón izquierd
na de macicez que se extiende desde el vértice hasta la qu
tilla por la parte lateral y posterior. La auscultación dem
existencia en el vértice de una extensa zona impermeable
por bajo de ella se escuchan crujidos secos y estertores sib
de pequeñas burbujas. En el pulmón derecho, una ligera su
en el vértice, y nada más. Empecé á tratar este enfermo co
yecciones el día 20 de Septiembre, y doce días después re
mi la perdida esperanza. Había desaparecido la fiebre y el
tenía ganas de comer. ¡Pero qué fugaces fueron mis esp
Ocho días de alivio, y después... todo igual que antes: fiebr
tencia, tos, expectoración, y mi enfermo se consume con la

Digitized by Google

za de pertenecer á la tercera categoría de D. Abdón; esto es, los que se curan de los cinco á los siete meses.

4.ª Concepción Correa Castillo, soltera, de veinte años de edad, sin antecedentes hereditarios ni pasado patológico digno de mencionarse. Hace dos años sufrió una bronquitis gripal, de la que quedó *anémica*. En armonía con este diagnóstico, se la estuvo tratando durante algunos meses por los preparados ferruginosos; y como *á pesar* del tratamiento instituído fuera de mal en peor, se le reconoció el pecho, diagnosticando entonces tuberculosis, y fué sometida ya á un plan más racional. Cuando reconocí á esta enferma, encontré roncus y crepitaciones en ambos vértices pulmonares, algunas reducidas zonas de hepatización en el pulmón izquierdo y roces pleuríticos en el semiperímetro torácico derecho. Sometí á la enferma al tratamiento del Sr. Sánchez-Herrero, y sin observar un solo indicio de mejoría, pero también sin que se presentara la menor alteración por parte del aparato digestivo, murió.

5.ª José Cervilla, de treinta y dos años, casado, con tuberculosis hemoptoica y febril, falleció á los treinta y dos días de estar sometido al tratamiento. Este enfermo, como el anterior, no tuvo el menor trastorno digestivo.

Excusado es decir que estos enfermos estuvieron todos en inmejorables condiciones de luz, de aire y alimentación.

No nos ocupamos de la administración del cinamato de sosa por la boca, por creer que este medicamento, como todos, obra más pronto por la vía hipodérmica, y mucho más dadas sus propiedades y el sitio de las inyecciones. El Dr. Sánchez-Herrero publicó en *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* un artículo en el cual nos habla de la administración del cinamato de sosa por la boca, conviniendo en que nunca su resultado es tan satisfactorio como por la vía hipodérmica, aunque no haya intolerancias en los individuos, sean cuales fueren las dosis administradas.

No debemos pasar por alto el estudio tan fácil como interesante que nos ofrecen los fotograbados del libro del Dr. Sánchez-Herrero; debemos sobre ellos llamar la atención, en la seguridad que cualquiera con buen ojo clínico, el médico acostumbrado *á ver tísicos*, al primer golpe de vista no le cabe duda de ningún género que los fotograbados que representan individuos curados no tienen *cara de tísicos*, así como en cuanto se observan los fotograbados de los individuos muertos, ¡cómo se ven!; no es menester leer abajo que son muertos: el sello, esa marca característica, con la nariz afilada y sus ojos mortecinos, ese *no sé qué* de los caquécticos, que se asemeja tanto á la facies hipocrática; ese sello, repito, lo llevan todos los muertos que muestran los fotograbados.

No nos explicamos, dada la sagacidad y el talento del ilustre

Digitized by Google

autor del libro, cómo ha hecho figurar esos fotograbados q
contraposición están con las ideas sustentadas; quizá su
vez sus ojos visionarios no vieron prueba tan palpable en s
porque vuelvo á repetir que sin leer los renglones que aba
los fotograbados se puede pronosticar *de visu* cuáles vive
les no.

Esta explicación sencilla viene á corroborar nuestros
creer que el Dr. Sánchez-Herrero ha curado enfermos de t
sis incipiente ú otras enfermedades que, desde luego, no s
culosis pulmonar avanzada ni con cavernas.

Para mayor satisfacción, á la infudamentada teoría de
tico de Madrid la somete, analiza y juzga concienzudamen
chos, con pruebas, con números, el ilustrado Dr. D. Luis
Madrid, en el tomo V de su *Tratado práctico de Medicina*
Modernas (González Rojas, editor), dando idea clara de s
vaciones al sólo leer el índice del capítulo XIX, que dice
berculosis pulmonar. Las medicaciones fosforada y arse
hetol ó cinamato de sosa por el método de Sánchez-Herrer
chos reales. Las estadísticas fantásticas. Técnica y posolo
inyecciones. Crítica de este asunto. Nulidad de los resultad
los hechos».

Inútil y penoso sería, después de lo ya dicho, traslada
luminosos párrafos en los que el Dr. Marco, con esa clar
dente de la estadística, tal y como es, y no como quieran
clínicos más ó menos famosos, nos hace ver que los enfern
dos (?) por el hetol son muy pocos, y á ninguno de ellos pu
derársele total y verdaderamente curado, por cuanto no l
do por los verdaderos tísicos los cinco años que siquie
transcurrir para considerar curado radicalmente á u
culoso.

Hay más: hay que el Dr. Marco, valiéndose de propios
del Dr. Sánchez-Herrero al criticar otros medicamentos,
comprender que lo mismo que al clínico de Madrid le suc
los medicamentos hasta aquí empleados en la tuberculosi
nar, nos pasa á los demás que hemos ensayado su procedim
el cinamato de sosa.

También observa el autor del *Tratado práctico de M*
Cirugía Modernas que, no llegando, como no han llegado,
ni Sánchez-Herrero á tratar ni observar después el tiemp
rio siquiera una centena de tuberculosos, mal pueden dar
dística real y verdadera, dando en cambio lo que Marco
tadísticas fantásticas.

Vienen en apoyo de nuestra opinión, además, las obse
que tan oportunamente le hace el Dr. Marco al Dr. Sánch

Digitized by Google

ro cuando éste habla de las complicaciones, pues es de suponer que todos los tuberculosos tengan complicaciones gastro-intestinales, cardíacas, etc., y con ellas había de contar quien pusiera en vigor el específico contra el desarrollo del bacilo de Koch y sus toxinas en el organismo humano, no teniendo que recurrir á la medicación coadyuvante y sintomática que el catedrático de Madrid emplea, por cierto con bastante resultado, dejando ver, por consiguiente, que el pomposo título al hetol otorgado de específico de la tuberculosis cae por su base, en tanto que tiene que recurrir á otros medicamentos durante la marcha de la enfermedad, y ni aun así la cura.

Penoso, penosísimo es combatir á un esclarecido talento, á un clínico famoso, constante y progresista; pero es más penoso y hasta resulta ridículo dar esperanzas á los enfermos y á sus familias, teniendo la evidencia que hoy por hoy el cinamato de sosa no ha hecho ni más ni menos que otro medicamento cualquiera empleado en la tuberculosis pulmonar crónica.

Antes de exponer las consecuencias que de todo lo expuesto se deducen, parécenos oportuno llamar la atención sobre las inyecciones intra-traqueales que el Dr. Henri Mendel, de París, está usando.

Si en vez del aceite eucaliptolado que usa, y con el cual consigue disminuir algunos síntomas, usara la solución de cinamato de sosa, ¿daría éste resultados más positivos? Duda es ésta de la cual deben sacarnos, aportando datos de las primeras experiencias, los decididos maestros entusiastas del cinamato, teniendo presente que nosotros bien pronto secundaríamos el tratamiento y daríamos cuenta del resultado, pues nosotros lo creemos un medicamento hasta ahora perfectamente tolerable por todos los enfermos.

Ante los hechos y razones expuestos, podemos afirmar y deducir: 1.° Que en algunos casos el cinamato de sosa rebaja la fiebre en los enfermos de tuberculosis pulmonar crónica. 2.° Que en otros, raros por cierto, disminuye la tos y la expectoración. 3.° Que la acción del hetol en la tuberculosis pulmonar se reduce á un antipirético de acción pasajera. 4.° Que hay que afirmar con Landerer que, según sus *estudios*, el cinamato de sosa provoca *reacciones curativas*. 5.° Que á pesar de estas *reacciones curativas*, la tuberculosis avanza, sigue, continúa formando cavernas y nuevos tubérculos que terminan con el enfermo. 6.° Que en las hemoptisis no tiene valor alguno. 7.° Que ni congestiona á los pulmones tuberculosos, ni en ellos sirve de hemostático. 8.° No se le puede llamar específico, por cuanto en medicina se llama así al «medicamento eficaz para curar una enfermedad determinada», y el cinamato de sosa, según hemos demostrado, no lo es. 9.° Aunque algunos auto-

Digitized by Google

res señalan el ciento por ciento en las curaciones con el
las historias clínicas preinsertas difieren en absoluto de
hechos. 10. Que por hoy únicamente podría figurar á la
medicamentos antituberculosos por su comprobada tole
igualdad de circunstancias con los demás comparado. 11.
ó no lesiones intestinales en los enfermos de tuberculosis
el cinamato de sosa no impide que el enfermo muera. 1
hetol no cura la tuberculosis pulmonar.—(De la *Revista V*
de Ciencias Médicas.)

Los Museos de Higiene, por el Dr. A. de Garay
He ahí la base fundamental de todo.

Para los hombres, como para los pueblos, *la salud* es l
la riqueza y de la prosperidad.

Nuestro primer deber es, pues, el de cuidar la salud del
del hombre mañana.

El procurar la instrucción de los niños raquíticos y n
no conduce más que al *surmenage* y á la ruina.

Vigorizad el cuerpo, que entonces el espíritu brillará. *A*
in corpore sano.

La Higiene es la que se ocupa, como decíamos en
sión, de conservar y prolongar la vida del hombre; y c
hay más precioso que la existencia, ningún estudio puede
importante que la Higiene. Ella cuida al hombre desde
nacer en el claustro uterino y le sigue en todas las peri
la vida como su ángel tutelar, amparándolo en la infanci
teciéndolo en la edad adulta y sirviéndole de báculo en
Ella nos indica en qué suelo hemos de vivir, qué aire del
respirar, cómo debemos construir nuestras habitaciones y
nos señala qué clase de aguas no nos matan, procura aleja
horror del alcoholismo, nos proporciona los alimentos que
nen, cuida de nuestros sentidos, fortifica nuestra inteligenci
ta á nuestro corazón, rechazando el vicio é inculcando l
Nos aleja de los focos de contagio, da salud y alegría á las
nes, y no abandona ni al rico ni al pobre, ni al militar ni a
ni al obrero ni al sabio, y ampara al enfermo en su amarg
preso en su soledad; y elevándose á esferas más altas, tien
jorar las razas, las familias, á hacer progresar la agricultu
medio de una sana moral y sembrando ideas de orden, ju
progreso, procura evitar la guerra y el exterminio entre
bres. Por este motivo puede decirse, con un autor, que la H
constituye todo aquello que tiende á ser feliz al hombre.

Digitized by Google

Se necesita, pues, el enseñar la Higiene á toda clase de personas, alesquiera que sean las condiciones sociales ú otras en que se en-entren.

La manera más conveniente de poder verificar esto la expusi-s en un trabajo que presentamos á la Asociación Americana de lubridad Pública que se reunió en Denver hace algunos años.

La base fundamental para enseñar es no fastidiar á los alumnos. ien se fastidia no se fija, y quien no se fija no aprende; y para e la impresión de lo que se enseña quede bien grabada en el ce-ro de los niños, se necesita ponerles en juego el mayor número sus sentidos, el multiplicar sus impresiones.

Es preciso que vean, que toquen, que oigan y, si es posible, que elan y gusten, y que tengan conciencia en algunos casos del peso los cuerpos ó de la impresión de la corriente eléctrica á su paso los nervios.

Se necesita, en una palabra, que la enseñanza sea lo más prácti-y objetiva posible. Así se consigue también el desarrollo armó-o de las facultades intelectuales.

La enseñanza práctica de la Higiene se consigue de tres mane-: 1.ª, por medio de un laboratorio de química y bacteriología que ga por objeto analizar muchas sustancias (aire, agua, suelo, etc., y ientos en general); 2.ª, por excursiones escolares, en donde los mnos puedan ver y estudiar las condiciones higiénicas de esta-cimientos públicos (teatros, templos, cárceles, escuelas, fábricas, stecimientos de aguas, albañales y obras para el alejamiento de inmundicias; panaderías, hospitales, alumbrado público, ras-s, etc., etc.); 3.ª, por medio de los Museos de Higiene, en donde pueden presentar objetivamente los asuntos relativos á este es-io.

La parte analítica y bacteriológica se refiere esencialmente á los licos, pues ellos serán más tarde los encargados de resolver los blemas que se refieren á este asunto de Higiene, para lo que se uieren serios conocimientos científicos. Para la mayoría de las sonas basta con indicar cuáles son los resultados á que los sabios llegado en estas materias, pudiéndose, sin embargo, en algunas uelas superiores hacer análisis ó exámenes microscópicos senci-en lo que se refiera al aire, al agua, á los vinos, á la leche, al que, y también á algunos otros alimentos, como la carne y an.

Las excursiones escolares son muy provechosas, pues sirven no de recreo é instrucción, sino casi siempre como paseos higié-os.

Se necesita, sin embargo, mucho tiempo disponible para veri-rlas con fruto, tiempo que se necesita también para otros estu-

Digitized by Google

dios, y no todos los alumnos están en condición de poder
derlas (los niños, las señoritas, los obreros, por ejemplo).

Con los Museos de Higiene se puede conseguir, ha
punto, el suplir en lo fundamental, y en lo que necesita
en general, los laboratorios mencionados y las excursi
lares.

Por medio de las proyecciones luminosas (cinematógr
terna) pueden darse á conocer los microorganismos patóg
que se encuentran normalmente en los alimentos tal como
men, ó en los alimentos averiados ó adulterados. Tamb
linterna se pueden indicar brevemente las reacciones quí
se buscan con los alimentos, y presentar los alimentos an
pués de la reacción con sus colores respectivos.

Se indica, por ejemplo, que á una botella de leche, que
senta y que se supone adulterada con almidón, se le va á
unas gotas de tintura de iodo, y en ese caso la leche tom
lor azul violeta, que se representa también. Sin que nad
un laboratorio, esta reacción quedará bien grabada para

Por lo que respecta á las excursiones escolares, p
reemplazadas, cuando no es posible el verificarlas, por
tógrafo.

Perfectamente pueden desfilar ante los ojos de los es
los establecimientos públicos de diversas naciones, hacie
der á estas exhibiciones algunas noticias explicatorias p
por la linterna ó haciéndolas alguna persona de viva v
así verse á la vez muchos establecimientos y hacerse c
nes, lo que no puede hacerse en una simple excursión,
tador ve, además, con vida propia y movimiento, por ej
fábrica, una cárcel, una escuela, un rastro, una fábrica d
la marcha de la fabricación del vino ó del pulque, y las
obras de Gennevilliers y de Acher para purificar las agua
Y así por el estilo una infinidad de asuntos.

*
* *

Se necesita que el Museo de Higiene llene cumplidam
pel, y, por lo tanto, que esté completo, construído para el
organizado y bien dotado, y con el personal suficiente de
inteligentes *bien pagados*, para que puedan llenar debi
cometido.

Un Museo de Higiene, de la clase del que nos propone
ría de ser único y serviría para todas las escuelas del di
ral. Se suprimiría, pues, todo lo que debiera gastarse en
queños museos en las escuelas y en los empleados que los

Digitized by Google

El Museo debería de construirse desde sus cimientos conforme á un plan bien meditado, en un lugar bastante concurrido y de preferencia en el campo.

Nos agradaría mucho Chapultepec, cerca de donde se encuentra situado el Museo Zoológico. A este lugar concurre mucho público y el Museo sería muy visitado; y estando el Museo en el campo, para los alumnos que concurriesen sería un verdadero paseo higiénico.

Se formaría un programa para que los alumnos de todas las escuelas del distrito concurriesen al Museo en días y horas determinados.

En estas visitas al Museo, no deberá excluirse á ningún alumno: desde los párvulos hasta los obreros y los que siguen una carrera profesional, todos deben de concurrir.

En el Museo deberá haber un gran salón ó teatro arreglado para las conferencias que allí se dieran y para las proyecciones luminosas. Este salón serviría no sólo para las conferencias que se dieran sobre Higiene, sino sobre otros muchos asuntos, conforme lo determinara el señor ministro de Instrucción pública.

Ya vimos el gran papel que el cinematógrafo puede desempeñar en esta clase de Museos. En tratándose, por ejemplo, del alcoholismo ó de la sífilis, pueden darse á conocer tipos con todos los accidentes que pueden presentarse en esas enfermedades. Pueden presentarse tipos también de las fiebres eruptivas, de la erisipela, de las tiñas, de la tuberculosis (dando á conocer todo lo referente á sanatorios), etc., etc., y, en relación con el ejercicio, el cinematógrafo puede reproducir admirablemente todos ellos.

No es nuestro objeto el presentar un proyecto para la formación de un Museo de Higiene; nos conformamos hoy con sólo dar la idea. Pero sí podemos indicar, desde luego, que dicho Museo estaría formado de varias secciones, entre las que señalaríamos las siguientes:

a) Habitaciones públicas y privadas. Se presentarían modelos de bulto de distintas clases de habitaciones, que se pudiesen desarmar y ver así todos los elementos que forman la habitación.

b) Aguas. Representar manantiales, pozos artesianos, cisternas, presas, acueductos, estanques de decantación, cañerías, *cespool*, filtros, lavabos, etc., etc.

c) Alumbrado. Representando tipos del alumbrado desde su origen hasta nuestros días.

d) Alejamiento de las inmundicias. Excusados, albañales, fosas fijas, etc., etc.

e) Vestidos. Representar los principales tipos de los vestidos desde su origen hasta la fecha, y separadamente las piezas de cada vestido (zapatos, sombrero, corsé, etc.). Aparatos para demostrar la

Digitized by Google

conductibilidad de la tela de los vestidos al calor y á la elec
su permeabilidad y porosidad, etc.

f) Higiene escolar. (Escuelas, muebles, deformacione
res, etc.)

g) Alimentos. Representar hasta donde fuese posible
de alimentos naturales, fabricación del pan, vino, cerveza,
tequila, queso. Rastros, mercados, etc., etc.

h) Baños. Representar todos los baños conocidos, parcia
nerales.

i) Desinfección. Reproducir las estufas y aparatos para
fección y enseñar las sustancias químicas que sirven pa
fectar.

j) Enfermedades infecciosas. Representar las diversas
de vacunar y de preparar sueros, líquido antirrábico y to
de útiles referentes á estas enfermedades, etc.

k) Aparatos calefactores y refrigeradores.

l) Hospitales, cárceles, teatros, etc.

m) Higiene de la primera infancia. Todo lo que puede r
tarse á este respecto.

Lo repetimos: no ha sido nuestro objeto formar un p
programa para la creación del Museo de Higiene. Bosquej
el asunto, y nadie mejor que el actual ministro de Instruc
blica, tan inteligente é ilustrado, para darle forma, si así
conveniente.

En el Museo todo estaría perfectamente ordenado y cl
y se formaría un catálogo muy bien hecho, impreso en letr
y clara para que lo entiendan fácilmente los niños y el p
general.

Cada cosa del Museo deberá tener su letrero especial
se indique claramente de lo que se trata.

Además de las visitas que el público y los estudiantes
Museo, allí se podrían dar clases y conferencias, procur
éstas sean lo más amenas posible, para lo cual puede di
del cinematógrafo, del fonógrafo, de la música, ó interca
tos literarios, de historia, de geografía ó de conocimientos
general.

La higiene no se comprende todavía lo bastante, y el
en medio de los placeres que le proporciona la moderna civi
camina hacia su perdición y á su ruina, pudiéndose así
con Séneca:

El hombre no se muere, se mata.

Y la mayor parte de las veces la gente se suicida por
rancia. Hay que ilustrar á las masas en todo, pero princi
en higiene; es preciso que el hombre prolongue su vida,

Digitized by Google

fuerte. Las naciones más poderosas y civilizadas son las que tienen menos mortalidad, y la mortalidad en la República mexicana es espantosa, y las fuerzas y la riqueza nos las lleva la muerte.

Y la higiene lo puede todo: ella ha derrotado á la viruela, al cólera, á la peste de Oriente, y está acabando de derrotar á la fiebre amarilla, que causaba millones de víctimas.

Ella ha engrandecido á naciones como Inglaterra, Bélgica, Estados Unidos y Alemania, en donde la mortalidad llega en muchas de sus ciudades al 10 y al 11 por 1.000 al año, mientras nosotros tenemos 45!

Para salvar, pues, á nuestros conciudadanos y á nosotros mismos y engrandecer á la Patria, es preciso seguir los preceptos de la higiene, y, por lo tanto, conocerla.

Y uno de los medios para divulgarla y conocerla es estableciendo los Museos de Higiene, de los cuales aun hay muy pocos en el mundo, organizados como los hemos indicado.

¡Felices los Gobiernos que levantan estos templos de la moderna civilización!

En su puerta pudiera escribirse:

¡Entrad, entrad; aquí se lucha en contra de la muerte!—(De *La Escuela de Medicina*, México.)

Inutilidad del vejigatorio cantaridiano, por EZEQUIEL GONZÁLEZ CORTEZ, *Jefe de Clínica*.—La aplicación de un vejigatorio de cantáridas es una costumbre tan esparcida en el público, que llega á ser cuestión de conciencia preocuparse de este sistema de medicación innecesaria y peligrosa. Un caso necropsiado ayer en la Morgue de París, por el bisturí escrutador de Brouardel, da oportunidad á este estudio.

Se trataba de una niñita de ocho años, que, afectada de sarampión, tuvo como complicación fatal la terrible bronco-neumonía, que el médico de su atención creyó poder tratar con un cáustico cantaridiano de 75 centímetros cuadrados. En vista de que la enfermedad experimentaba cada vez nuevas reagravaciones, fué llevada al Hospital Cochin, de donde era extraída un día después para ser conducida á la mesa de autopsia del hábil médico-legista.

Al comenzar el profesor sus investigaciones, pidió al numeroso auditorio que lo rodeaba siguieran con detenimiento sus detalles, porque de ellos resultaría, ó la condenación de un médico sospechado de culpable, ó su absolución.

El examen superficial revelaba sólo una escara de las dimensiones anotadas, y cuya formación databa de tres ó cuatro días. En el cuello había ganglios tumefactos, y en los pulmones un foco de tu-

Digitized by Google

berculosis enquistada en cada vértice; en el resto del cue
anormal.

El profesor Brouardel, á continuación de una amplia y
discusión de los antecedentes, explicó el mecanismo de l
de esta desgraciada, llegando á la conclusión de que se ha
ficado por doble inhibición, primero pulmonar, después cir
y provocadas ambas por la aplicación del vejigatorio cant

Ya Hipócrates había ensayado explicar la revulsión, p
es de suponer que su origen remonta á los albores de la
Por más que la distinción parezca sutil, es menester no co
revulsión con la derivación, esta «noción humoral» de Gu
no es sino un simple efecto de hidráulica: la primera pret
dificar, no sólo un estado congestivo, sino uno inflamator
vital que modificaría el funcionamiento de los elementos
cos y estimularía la defensa espontánea del organismo. E
que la revulsión tiene procedimientos más complicados, cu
bución varìará según el efecto que se quiera obtener.

Esta irritación local puede ir desde la simple excitació
ca de los tegumentos hasta la producción de inflamaci
destrucción de ellos; estas medicaciones que inflaman ó
la piel son los revulsivos propiamente dichos.

La revulsión cutánea varía según la intensidad de la e
su extensión, naturaleza, duración y punto de aplicaci
nivel del sistema nervioso central, determina una acción r
trae modificaciones circulatorias cuya localización orgáni
de hacerse á voluntad.

Un agente que llegue hasta excitar la piel produce un
ción, fenómeno efímero, seguida de una vaso-dilatación r
dera é importante.

En cuanto á las modificaciones de la circulación genera
nos conocidas y los resultados inciertos; pueden resu
1.° Las excitaciones cutáneas poco extensas (las de un v
por ejemplo) pueden traer, durante algún tiempo, una a
notable del corazón. 2.° Las excitaciones más fuertes pro
aceleración de corta duración seguida de retardo. 3.° Las
nes muy intensas traen un retardo de las contracciones

Con respecto á la presión, Nauman ha encontrado: 1.°
tación débil de la piel provoca la estrechez de las arteria
cas, se eleva la presión sanguínea y junto con ella el cora
nifica; 2.° Una irritación intensa y dolorosa produce al
una disminución del calibre de las arterias superficiales
ción de la presión; después los vasos se dilatan, y la presi

La revulsión causa también una hiperglobulia casi in
á causa de la contracción refleja de la túnica media arte

Digitized by Google

cada por la irritación cutánea, la sangre se concentra por trasudación del suero. Aumenta también el número de glóbulos blancos, dando una hiperleucocitosis marcada, sobre todo al nivel de los puntos sobre que actúa la revulsión.

Mas no está resuelta la cuestión de saber si con incitaciones periféricas se pueden proyectar á distancia, y en un sentido determinado, modificaciones vasculares; fenómeno más difícil de aceptar que de negar, sobre todo tratándose de órganos enfermos cuyas reacciones vasculares son imposibles de obtener. Es, por el contrario, fácil producir acciones localizadas á la vecindad.

Un revulsivo aplicado á la pared torácica tiene como efecto inmediato un retardo de la amplitud de los movimientos respiratorios, proporcional á su intensidad; si ha sido colocado en otra parte del cuerpo, á continuación de la faz de retardo, se produce aceleración y aumento de la amplitud de los movimientos respiratorios (Naumann, Besson).

Los autores están en abierto desacuerdo al considerar su acción sobre la temperatura; la opinión más aceptada está basada en la creencia de que «las irritaciones intensas y cortas bajan la temperatura de los febricitantes, y que las débiles y prolongadas levantan la temperatura».

La revulsión produce un dolor más ó menos vivo, á veces intolerable, que puede acompañarse de agitación, insomnio, convulsiones; mas este dolor modera ó suprime el de la enfermedad.

Tiene, pues, alguna utilidad, y todos los médicos le deben más de uno de sus éxitos; pero entre los revulsivos empleados hay uno que presenta grandes peligros: queremos referirnos al cantaridiano.

Sus efectos locales varían según la duración de la aplicación: desde la simple rubefacción hasta la vesicación y el esfacelo. A ese nivel sienten los enfermos una sensación de hormigueo, seguida de calor, dolor y enrojecimiento de la piel. Entre seis y ocho horas, las capas superficiales de la epidermis se levantan, constituyendo pequeñas vesículas transparentes, que más tarde se confundirán en una ampolla grande llena de serosidad citrina, con reacción alcalina y que contiene albúmina, fibrina, leucocitos, glóbulos rojos y cantaridina en disolución. Debajo de esta serosidad el cuerpo mucoso de Malpigio está rojo y muy sensible; si el vejigatorio queda allí más tiempo, rota la vesícula, el dermis se ulcera.

Los fenómenos generales son debidos á la acción de la cantaridina disuelta y absorbida; es un veneno activo: dos gramos de polvo de cantárida administrados al interior constituyen una dosis mortal. La cantaridina es eliminada rápidamente por los riñones, determinando por parte de los órganos génito-urinarios fenómenos inflama-

Digitized by Google

torios de intensidad variable y en relación con la cantidad de cantárida absorbida, es decir, á la duración de la aplicación y á la extensión del vejigatorio.

La orina es menos abundante; puede haber anuria; se hace albuminosa y á veces sanguinolenta. En el animal inyectado con una dosis tóxica de cantárida se observa una nefritis aguda difusa (Cornil, Ranvier). La vejiga es atacada de una inflamación fibrino-purulenta, debida á la cantárida puesta en libertad por la acidez de la orina.

En los febricitantes la temperatura sube bajo la influencia de la inflamación de los órganos génito-urinarios, de la auto-intoxicación que resulta de la disminución de orina, y á veces de la agitación que engendra el dolor cutáneo.

Cada día aumentan los adversarios del cáustico cantaridiano, y los propios defensores, que lo emplean por tradición ó escuela, reconocen sus graves peligros, la duda que envuelve la mayor parte de sus efectos y las numerosas contraindicaciones. Entre otros, citaremos á Trousseau, que decía: «no administréis jamás remedios susceptibles de hacer daño, y el vejigatorio especialmente»; á Omiet, que refiere la observación de dos niños muertos por la revulsión cantaridiana; á Boillaud, que relata un caso de nefritis cantaridiana; á Galippe, que muestra la historia clínica de dos niños muertos por nefritis cantaridiana en medio de atroces convulsiones urémicas; á Guizot, que describe la autopsia de un pleurítico con focos hemorrágicos en los riñones, producidos por dos vejigatorios; á Rousseau, Saint-Philippe, Cornil (tres observaciones de nefritis grave por intoxicación cantaridiana), Netter (dos muertes á consecuencia de cáusticos: un pleurítico y un neumónico), Comby, etc. Huchard recordó en la Academia de Medicina el 8 de Febrero de 1900 el caso de un niño de diez años afectado de pleuresía, y que experimentó la acción de numerosos vejigatorios. Resultado: pleuresía purulenta, operación del empiema y nefritis cantaridiana. Potain relató en aquella sesión un caso análogo.

Tenemos, pues, el deber de condenarlo, porque produce graves perturbaciones locales y generales; si no es aplicado con método, adquiere el paciente una herida que puede ser ancha puerta para la infección, tanto más fácil cuanto que se está en presencia de un sujeto debilitado; no son raras las erisipelas é infecciones purulentas, que á veces dificultan operaciones urgentes, como la toracentesis.

Los accidentes locales son benignos al lado de las complicaciones generales, y sobre todo urinarias, que pueden aparecer: van desde la simple diuresis hasta la nefritis mortal. Las cistitis cantaridianas acompañadas de erecciones dolorosas tienen una evolución

Digitized by Google

rápida, y su pronóstico es leve si se las compara con el de la nefritis.

El vejigatorio es un remedio empírico cuya superioridad terapéutica no está suficientemente demostrada y cuyos accidentes son, por el contrario, reales y positivos. Así, en la neumonía, Broussais y Laënec aceptan que exaspera la inflamación, incomoda la respiración y aumenta la congestión pulmonar. Se ha creído que atenuando la tensión vascular del pulmón hepatizado se favorecía la resorción, lo que es falso, pues la exudación se debe á procesos de las paredes vasculares en que apenas influye la presión. Si la tensión disminuyera se debilitaría la energía cardíaca. No se puede esperar éxito alguno de la sangría serosa de pocos gramos, ni del aumento de fagocitosis que se observa al nivel de la herida cutánea, ni siquiera es lógico manifestar confianza en que se facilite la crisis de la flegmasía pulmonar.

En las pleuresías declaran todos los clínicos no haber obtenido resultado; en el período febril agita al enfermo y aumenta la fiebre. Sus partidarios se dejan llevar de una quimera cuando esperan obtener la resorción. El profesor Laborde, uno de los defensores de esta medicación, dice, á propósito de sus efectos resolutivos, que de las experiencias en animales colocados en las mismas condiciones que el hombre, ha deducido que los «vejigatorios pueden no sólo aumentar un derrame, sino crearlo». Spillman duda del efecto resolutivo, y recuerda que en un enfermo portador de una pleuresía de tres meses, ocho vejigatorios no disminuyeron el líquido, en tanto que una toracentesis lo sanó.

Laënec dice: «He creído percibir que la aplicación de vejigatorio va seguida inmediatamente de un aumento del derrame. En los tísicos, agrega, se debe evitar su uso; produce, es cierto, alivio momentáneo cuando hay vivos dolores, pero determina una fluxión hacia los órganos torácicos».

En la tuberculosis pulmonar, en la meningitis, afecciones medulares, hidrartrosis, ha sido tan inútil y perjudicial como en las enfermedades anotadas anteriormente.

En fin, á los partidarios de la cantárida que reconocen que el abuso es peligroso, les recordaremos que entre las numerosas observaciones publicadas para demostrar los funestos efectos de ella, hay algunas en que los accidentes han aparecido con la aplicación de un solo cáustico.—(De la *Revista Médica*, de Chile.)

Algunas palabras sobre la cura operatoria de la hernia crural, por el Dr. Manuel Godoy Álvarez, *Cirujano del Hospital General, ex-Ayudante voluntario en el Hospital «Hed-*

Digitized by Google

wig» de Berlín.—Opinan algunos cirujanos, y en concepto
justificadamente, que no es correcto llamar radical la cu
padecimiento que algunas veces no produce ese resultad
poniendo irreprochablemente en práctica los procedimie
racionales.

En efecto: hay algunos herniarios que, operados correc
ven, sin embargo, reincidir su mal, como si para ello tuvi
propensión incorregible.

Por eso me parece que es de aceptar la denominación p
por un entendido cirujano español, quien llama simpleme
teración» á la cura herniaria operatoria, término que no
la promesa, por desgracia á veces fallida, de un resultad
nente, por más que éste sea el ideal que realizar se propon

Si estas observaciones son aplicables tratándose de las
en general, son más pertinentes cuando á la hernia crural
ren, en la que, por razones anatómicas de todos conocida
cuentran serias dificultades para lograr una oclusión defi
los casos en que tienen que tratarse hernias voluminosas.

Estas mismas dificultades, sin duda, han servido de es
los cirujanos para crear procedimientos y más procedimie
caminados á resolver el problema de la curación radical d
nia crural.

Pero hay otra razón además, y de peso enorme: es qu
es cierto que la crural no tiene la frecuencia de la hernia
se ha observado, por una parte, que es más fácilmente est
ble, y por otra, que, una vez la estrangulación producida
que las maniobras del taxis pocas veces conjuran los pelig
gando, pues, más á menudo á practicar la herniotomía.

Para convencerse de ello bastará citar las cifras de la est

La *City of London Truss Society* ha encontrado en cien

Inguinales	80
Femorales	10
Umbilicales	5
Otras hernias	1

Briant, en cien casos de hernias estranguladas, ha vist

Inguinales	50
Crurales	40
Umbilicales	10

Se ve que si la cifra absoluta es mayor para las ingui
relativa, teniendo en consideración la frecuencia con que
vamente se ofrecen en la clínica, resulta ya elevada para l
licales, pero muchísimo más para la crural.

Esto constituye un poderoso motivo para aconsejar la c

Digitized by Google

toria de estas hernias particularmente, y además lo más pronto sible, porque operando sobre hernias de pequeño volumen, fácilente se obtienen los más felices resultados para la permanencia la curación.

En estas condiciones, que son en las que me ha tocado en suerte tervenir, es cuando resultan de positivo éxito los procedimientos ás sencillos; en estos casos quedan fuera de lugar los autoplástis ú otros procedimientos, á no ser que se quiera complicar inútilente las intervenciones.

La simple ligadura y escisión del saco, como la han practicado *nderegg*, *Socin* y *Heidenthaler;* las maniobras que fijan más ó meos alto el cuello del saco detrás del ligamento de Falopio; la sutura l orificio crural á la manera de *Berger*, *Tillmanns*, *Czerny*, *Shede*, *assini*, dan en la práctica resultados satisfactorios.

Como alguna otra vez lo he dicho, la conducta que yo he seguido n esas condiciones es hacer la fijación del cuello del saco detrás el arco de Poupart, maniobra que destruye el paralelismo entre el *ifundibulum* peritoneal y el orificio crural, á la vez que éste, por l apelotamiento del cuello, queda notablemente reducido. En seuida reúno metódicamente los diversas planos, desde la profundiad hasta la piel.

Las personas que han visto mis operados en el Hospital General an podido persuadirse de lo eficiente de la oclusión.

Mas en el caso que se tenga que tratar una hernia reproducida, bien cuando el anillo femoral ofreciere gran amplitud, sería pueil poner en juego estos recursos; entonces sí habría que pensar en tros procedimientos, eligiendo aquel que en el concreto pareciere ıás á propósito.

Dos caminos se presentan entonces al operador: tapar el orificio rural por medio de alguno de los recursos autoplásticos, ó reducir l *mínimum* las dimensiones del anillo por la movilización del ligaıento de Poupart.

Salzer obtura el anillo por medio de un colgajo tomado á la fasia pectínea.

Trendelemburg talla un colgajo ósteo-perióstico sobre la rama orizontal del pubis ó de la sínfisis.

Thiriar obstruye con placas de hueso decalcificado.

Schwartz toma un colgajo del aductor mediano.

W. Cheyne prefiere tomar una parte del músculo pectíneo.

Como ya es bien sabido, desde hace algunos años el Sr. Dr. Gaay propuso utilizar una parte del costurero para obstruir el orificio emoral. Finalmente: hace muy poco tiempo, *Pólya*, de Budapest, lespués de una crítica extensa sobre los procedimientos conocidos, ıfirma que no tiene inconveniente y da pleno resultado la obtura-

Digitized by Google

ción del anillo con todo el espesor del músculo sartorio. Es
dimiento ha sido puesto dos veces en práctica.

¿Cuál es el valor clínico de los diversos procedimientos
ticos? No puedo contestar esta pregunta con mi experienc
nal, y, por otra parte, los datos publicados son insuficie
formar un completo criterio. Me inclino, sin embargo, al
que sustituye el perdido septum crural con un tejido s
aponeurosis del pectíneo; y ya sabemos que las aponeu
sus propiedades físicas, oponen una gran resistencia á la
intra-abdominal.

Quizás en algunos casos, cuando una vez escindido el sa
voluminosa hernia, quede un hueco notable en el canal cr
vendría asociar el procedimiento de *Salzer* con la autopla
cular, y entonces nada más á propósito para rellenar
que un colgajo ó todo el espesor del costurero, según fu
sario.

Yo no participo de los temores de que, dividido el sartó
versalmente, se gangrene alguno de sus cabos; basta re
abundante irrigación sanguínea que este músculo recibe p
merosos vasos que le da la arteria femoral, de la cual e
Es claro, sí, que se perdería la función dinámica del mús
parece que dicha función no es tan importante, siendo t
principal papel servir de protección á los vasos contra l
cias exteriores.

Juzgo, pues, que la autoplastia, si bien no se puede n
aplicar indistintamente á todo caso de hernia crural, es su
en determinadas ocasiones de prestar buenos servicios.

Otro tanto puede decirse de los procedimientos que re
mínimum el calibre del orificio crural por la movilización
mento de Poupart.

Y sea que en lo general son de más fácil ejecución, s
aproximan más al ideal de ocluir permanentemente el ori
niario, es un hecho innegable que estos procedimientos cue
más aceptación en el mundo quirúrgico que los autoplástic

Es cierto que ninguno de ellos puede suprimir el anillo
para todo aquel que conozca, aunque sea someramente, l
mía de la región, es esto de claridad meridiana; pero tamp
cesario para que la operación resulte eficiente; sólo se trat
vertir un caso complicado, llamémosle así, en uno simple,
bemos que para éstos bastan los procedimientos más sencil
lo atestigua la experiencia diaria.

Ahora veamos cómo los cirujanos han realizado la idea
cir el orificio crural.

Delagénière divide el ligamento de Falopio en la parte

Digitized by Google

ondiente al anillo y sutura sus extremos sobre la cresta pectinea. sto, se comprende, es de sencillísima ejecución.

Jabouley desprende dicho ligamento de su inserción al pubis.

Roux, de Lausanne, distinguidísimo cirujano de fama univer-l, clava el ligamento de Poupart con una grapa de tapicero, ni-nelada, en la rama horizontal del pubis.

En el Congreso francés de Cirugía, celebrado en París en Octu-re del año pasado, Roux presentó una serie de 136 casos de her-a crural operados por el procedimiento del clavo, con sólo dos reproducciones, sin caso alguno fatal, habiendo podido observar 5 por más de tres años.

Se ve, pues, que los hechos prueban que no es disparatado, ni ucho menos, hacer la fijación del ligamento de Poupart sobre la ma del pubis.

Como se han atribuído las escasas reincidencias que se obser-an con la práctica de este procedimiento al aflojamiento de las rapas, producido sin duda por la osteopoxosis, *Cavazzani* hace la ación del ligamento por medio de hilos que pasa bajo la rama del ubis, mientras *Hammesfahr* hace la fijación pasando los hilos en nales practicados con el perforador en la rama horizontal, des-ués que ha descubierto el hueso por el levantamiento de su pe-ostio; sustituye de este modo la mecánica con la fijación orgáni-, quedando así definitiva.

Este procedimiento, tan bien pensado y de una técnica eminen-mente quirúrgica, fué publicado el año pasado en el periódico emán *Zentralblat für Chirurgie*, uno de los más caracterizados el ramo, y yo he tenido la satisfacción de darlo aquí á conocer detalle, en un artículo que sobre hernias publiqué en el número rrespondiente á Julio del presente año en la *Crónica Médica Me-icana*.

Cualquiera que estudie este procedimiento, verá que está muy jos de merecer las acres censuras que le ha dirigido un médico exicano, en un tono, por cierto, que no asienta á la seriedad que ebe tener una publicación científica.

Un caso de histero-traumatismo: cura maravillosa, r el Dr. J. de León, *Profesor de la Facultad de Medicina de Mon-video.*—Desde las clásicas lecciones del gran clínico Charcot *aralysie hystéro-traumatique à la suite d'un soufflet donne avec le vers de la main* (1) y *Paralysie du membre supérieur à la suite de morsure d'un chien enragé* (2), cuyos caracteres esenciales—anes-

(1) Leçons du Mardi à la Salpetrière, 1887-1888, pág. 95.
(2) Idem íd., íd., pág. 223.

Digitized by Google

tesia segmentaria y falta de reacción de degeneración—pu
lieve ese sabio, parecía que el diagnóstico de las parálisis
traumáticas no ofreciera ya dificultad; pero realmente no e
mo lo demuestra el caso que voy á historiar, y que no menos
ce médicos de allende el Plata trataron inútilmente como
una parálisis orgánica ocasionada por una lesión articular

Recientes investigaciones, muy dignas de ser mencionad
las realizadas por los sabios Babinsky, de París, *Diagnos*
rentiel de l'hemiplégie organique et de l'hemiplegie hystér
Définition de l'hysterie (2), y Crock, de Bruselas, *Le ph*
plantaire combiné (3), han ilustrado brillantemente esta
analizando con minuciosidad el modo de ser de los reflejo
especialmente, el de los reflejos cutáneos del pie.

He aquí el caso que motiva esta observación: María L.
argentina, de veintidós años de edad, casada hace dos y m
antecedentes patológicos hereditarios conocidos, dice que s
truaciones siempre han sido muy dolorosas, y que sufría
soltera, de anuria prolongada hasta más de veinticuatro h
no ha tenido hijos ni abortos, y que su enfermedad data
primer mes de su casamiento, y fué ocasionada por una
bajar de una vereda, la que le produjo, según opinión de
co, una luxación del pie izquierdo. Desde entonces hasta
seguido enferma, dice, de una *cojera muy fea*, á pesar de
sometido á varias clases de tratamientos: reposo en cama,
enyesados, amasamiento, electricidad y aplicación de apar
pédicos, llevando actualmente uno que le aprisiona el pie
izquierda hasta cerca de la rodilla. Con este aparato, dice
mejor que sin nada; pero me produce dolor y cansancio, m
sado y me provoca hinchazón del pie.

Examen objetivo.—La enferma camina con su aparato
un poco, pero levanta el pie; sin el aparato cojea más, y
en el suelo con toda la planta del pie arrastra tras de sí la
como si fuera un cuerpo inerte. Varus equino más apar
real. Movimientos pasivos normales, activos débiles hacia
arriba, pero posibles. Reflejo de Aquiles igual de los dos l
flejo cutáneo plantar sin tomar precauciones especiales,
la enferma lo que se le hacía; muy exagerados; es deci
brusca del pie sobre la pierna, de la pierna sobre el mu
muslo sobre el abdomen; esto es, *reflejo defensivo enérgi*
fenómeno de Babinsky; acostada la enferma y vendados

(1) *Gazette des Hopitaux* de 5 et 8 Mai 1900.
(2) Societé de Neurologie de Paris, 7 Novembre 1901.
(3) *Revue Neurologique*, 1904, pág. 1.069.

Digitized by Google

abolición del reflejo plantar normal de Babinsky y del reflejo del fascia lata de Brissaud, es decir, *fenómeno plantar combinado* de Crock; del lado derecho, reflejos plantares normales. Reacciones eléctricas normales, indirectas y directas, galvánicas y farádicas, en todos los nervios y músculos de la extremidad enferma, é iguales en los dos lados. Sensibilidad al tacto, á la puntura, al calor, 55°, al frio y eléctrica abolidas hasta la proximidad de la rodilla; *anestesia absoluta, segmentaria*, en forma de media y sin transición á las partes sanas. Dolor á la compresión en la región ovariana izquierda y en la mama derecha. Reflejo faríngeo, normal. Campo visual, visión, audición, olfato, gusto y sensibilidad general, salvo la pierna y pie izquierdos, normales. No ha habido nunca crisis histéricas, pero la anuria y dolores menstruales la han incomodado con frecuencia; dice la enferma que la anuria desaparece con sólo tomar un vaso de cerveza.

Después de este examen el diagnóstico se imponía: *anestesia segmentaria y falta de atrofia muscular y de reacción de degeneración, marcha helcopódica, fenómeno plantar combinado, ovarialgia, algia en una mama y anuria,* que desaparece con un bebida de acción indiferente, aunque *virtuosa*, para la enferma, y la causa ocasional, son datos evidentes para formular con exactitud el diagnóstico de *parálisis histero-traumática.*

Sin duda alguna en el diagnóstico, y con fuerza de profunda convicción, aseguré á la paciente y á su esposo que esa enfermedad desaparecería en pocos días si la enferma se sometiera al tratamiento que yo le indicase; y habiendo aceptado, acto continuo le dí un baño electro-estático, positivo, de cuatro minutos, y con lentitud en las vueltas de los discos; le prescribí el reposo en cama y el aislamiento absoluto, sin leer ni siquiera cartas de su esposo, y no entrando en su alcoba sino una sola persona para proveerla de lo necesario, y con recomendación de no hablar sino lo muy preciso, asegurándole qne yo iría á verla después de cuatro días, el lunes próximo á las dos p. m., y que para entonces ya le habría vuelto la sensibilidad; y siendo así, ya podría caminar y todas sus molestias habrían desaparecido.

El lunes próximo, á las 2 p. m., con precisa exactitud, llamé en su casa, y después de oir á la enfermera, quien me dijo que la paciente había llorado mucho el jueves y sufrido algunos dolores en la pierna enferma en los días siguientes, y que esa misma mañana había tenido temblores en todo el cuerpo, como de frío, por lo que la abrigó más que de costumbre, pero que en ese momento se encontraba bien, pasé á examinarla; y como me apercibí que la anestesia había desaparecido completamente, la invité á vestirse y calzarse como si no tuviera nada, asegurándole que ya podía ca-

Digitized by Google

minar bien; así lo hizo y caminó perfectamente, quedand
como por arte de encantamiento.—(De la *Revista Mé*
Uruguay.)

BIBLIOGRAFÍA

POR LUIS MARÇO

Novísima legislación sanitaria. — Madrid, 1905, Centro editorial
ra, San Bernardo, 43: pesetas 2,50 en Madrid, 2,75 en provincias.—U
452 páginas.

Comprende este volumen las siguientes disposiciones m
les: *Instrucción general de Sanidad pública*, aprobada p
Reglamento del Cuerpo de Médicos titulares de España, a
por R. D.; *Reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de*
ficencia general, aprobado por R. D.; *Reglamento para e*
de Practicantes de la Beneficencia general, aprobado por R
glamento interior del Real Consejo de Sanidad, aprobado
Reglamento de policía sanitaria de los animales doméstic
bado de R. O.; *Reglamento de Sanidad exterior*, aprobado p
Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología, d
do de «Alfonso XIII», en virtud de R. D.; *Reglamento pa*
vicio benéfico sanitario de los pueblos, aprobado por R. D
mento del Cuerpo de Farmacéuticos titulares, aprobado po
por *Apéndice*, varias fruslerías oficinescas dispuestas de R
todas y por R. D. alguna de ellas.

Como puede verse en la preinserta relación, todo ello s
á disposiciones reglamentarias: la más mínima expresión
va. No son Leyes hechas por las Cortes con el Rey, á s
de la de Sanidad y la Municipal vigentes; sólo son disp
efímeras y deleznables del Poder Ejecutivo, ó sea del arb
nisterial versátil y ligero.

Reconozco el buen deseo y el talento de los redactores
teratura de la *Gaceta Oficial*, sin aspirar á saber sus nomb
toda esa labor, meritoria en intención, presenta un carácte
reza y de burocracia inofensiva que no se compaginan bi
«realidad sanitaria» tal como la toman en los países (In
Alemania, Bélgica y hasta Francia) donde la Sanidad «se
vez de escribir plantillas de funcionarios fantásticos... qu
de funcionar sino despachando expedientes, pasando com
nes á granel y haciendo imaginarias estadísticas á troch
En cuanto á «*obrar*», ¡como no tomen Carabaña! ¿No ha
ciones ni dinero? No hay Sanidad.

Sólo he visto en ese fárrago ministerial una cosa de v
mérito... si llega á cumplirse: el *Reglamento de policía san*
los animales domésticos. Es un documento serio, á la moder

Digitized by Google

de un país mejor gobernado y administrado que el nuestro. Claro es que no se cumplirá, aquí donde ni los Cuerpos Colegisladores cumplen las leyes fundamentales políticas, y se admite como Diputados á menores de veinticinco años ó la mayoría de los Senadores electivos no tienen una renta indiscutiblemente propia y no simulada de 20.000 pesetas. Pero el que dicho Reglamento sea incumplido no obsta para que su autor ó autores (á quienes no conozco) merezcan sincero parabién por su labor.

En los demás documentos oficiales de ese libro, no pongo en duda la buena voluntad, los móviles elevados, las excelentes dotes intelectuales de quienes los redactaron; pero no se ve un derrotero claro, seguro y firme para la Higiene pública y la Sanidad civil en España. A ello se oponen: de derecho, la Ley municipal, que deja tan importantes asuntos á la iniciativa de todos los Ayuntamientos del territorio patrio; y de hecho, la organización caciquista formada por los políticos profesionales, desde la oligarquía parlamentaria de los prohombres (de la ultraderecha á la ultraizquierda) hasta los trapisondistas de región, provincia, ciudad ó villorrio que forman el más bajo peldaño de esa escala de Jacob para subir al cielo del *lucro sin trabajo*, escala que denominan ellos «Política y Administración». ¡Angelitos!

Aguardemos, pues, sentados, los buenos efectos de la novísima legislación sanitaria; en cuanto al número de funcionarios sin función que por ella nacen, ó se bautizan ó son confirmados, hay tantos, que bastarían á enriquecer al editor si todos ellos compran el imprescindible tomito de bolsillo que acaba de publicar la casa Góngora.—Pienso hacer un estudio acerca del carácter de esa *legislación* (?), si es que del estudio resulta en ella algún carácter, sea el que fuere.

Arte de criar á los niños (nociones de higiene infantil), por D. Rafael Ulecia y Cardona. Un tomo de 158 páginas, 8 pesetas. Madrid, 1904, Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.

Tres años ha que nuestro distinguido compañero y amigo comenzó el brioso apostolado en pro de la Maternología y de la Puericultura, tres años muy fecundos en propaganda por el hecho y por la prensa. Durante ellos fundó el primer Consultorio de niños de pecho (*La Gota de Leche*) en Madrid; publicó libros, artículos, conferencias, cartillas; hizo viajes por España y por el extranjero, como estudioso y como congresista; en fin, ha movido y removido los ánimos y la conciencia en favor de las madres y de los niños, para una obra de grandísima utilidad pública por la iniciativa privada.

Este ejemplo, unido al de mi querido amigo el ilustre Dr. Tolosa Latour con su *Sanatorio de Santa Clara* en Chipiona; al del ilustradísimo Dr. Vidal Solares, de Barcelona, con su *Hospital de niños pobres*, y otras fundaciones análogas, resulta nuevo timbre de gloria

Digitized by Google

para la clase médica española, y nueva fuente de beneficio salud y la vida de nuestros compatriotas.

El Sr. Ulecia no es un teorizante ni un declamador. Lo q las familias que hagan para lograr buenos hijos, lo ha hech suya; buena muestra es el encantador grupo de su prole, en e bado que va al frente del simpático y útil tomito que paso á

Tras una sentida dedicatoria á sus hijos, un sencillo p unos breves preliminares, trata el Sr. Ulecia las materias si lactancia materna, mixta, mercenaria y artificial; niños pr y niños débiles; gemelos; destete de los niños amamantados y de los criados con biberón; dentición; régimen alime niño; régimen alimenticio de la nodriza, maternal ó merce ciones generales de higiene, referentes á habitación, cun limpieza, vestidos, paseos, marcha, etc.; modos de hacer (caldo, harinas de trigo, arroz, maíz, cebada y avena, sagú, talla, según la tabla de Quetelet (en la página 24 está la ta ximada del peso de los niños). Termina la obra con una C demostrativa acerca de estos importantes asuntos: influen bebidas alcohólicas, influencia de la menstruación, acceso la nodriza, leche con exceso de manteca, abuso en la alim de la nodriza, reaparición de la leche en las nodrizas, infl las impresiones morales, cantidad moderada de leche al ni so de leche al niño, regularidad en las mamadas.

El lenguaje de la obra es muy claro, con datos prec buen criterio científico-práctico, sin divagaciones y hacien las madres lo fundamental para la buena crianza de sus tie En Madrid hubo, en los dos primeros años de este siglo y del pasado, 47.219 nacimientos y 49.101 defunciones; de e rrieron 19.746 de niños menores de cinco años (2/5 de la m total). De seguro puede reducirse tan luctuosa proporción tad, á un tercio ó á un cuarto, sabiendo y pudiendo criar niños desde que nacen; y disponiendo de niños fuertes, tar disminuyendo la mortalidad de los jóvenes y adultos en lo ros tiempos. La lectura y la práctica de los consejos del S son, pues, una obra necesaria para bien de las familias y dad de la patria española.

Técnica de los análisis químicos médicos, industriales, de alimenticios y farmacéuticos, para uso de los farmacé J. Tarbouriech, *traducido y adicionado con gran número de notas* por D medilla y Puig.—Un tomo de 580 páginas, con 81 figuras: 8 pesetas en en provincias. Madrid, 1905; librería editorial de Bailly-Baillière é hijos

Competencia en el autor y en el traductor, buen méto llez, claridad, exactitud, exponiendo los procedimientos m y prácticos: tales son las características de este tomo, que

Digitized by Google

muy manejado en los laboratorios y oficinas de farmacia por su verdadera utilidad positiva.

Sólo consta de seis capítulos dedicados á *El Laboratorio* (operaciones analíticas, formulario de reactivos), *Análisis cualitativo general* (reacciones características de las bases y de los ácidos), *Análisis industriales* (acidimetría, alcalimetría, abonos, tierras, potasas comerciales, tártaros y heces, estaño del comercio, soldaduras, minerales de hierro, caldo bordelés *, bióxido de manganeso, monedas, aguas industriales, alcoholes y aguardientes, azúcares, taninos, calizas y cementos, jabones, sebos, petróleos), *Análisis de los productos alimenticios* (vinos, cerveza, sidra, vinagre, agua potable, leche, aceite de olivas, mantecas, harinas, pan), *Análisis médicos* (orina, cálculos urinarios, jugo gástrico), *Ensayos y valoraciones de los productos farmacéuticos* (ácidos bórico, arsenioso, cítrico, tartárico; agua de laurel-cerezo, iodo, cloruros decolorantes, ioduros y bromuros potásico y sódico, percloruro de hierro, sulfato de magnesia, fosfatos de cal, quermes, subnitrato de bismuto, calomelanos, sublimado corrosivo, extracto de Saturno, bicarbonatos, éter sulfúrico, cloroformo, cloral, iodoformo, jarabes, glicerina, vaselina, sulfato de quinina, clorhidratos de cocaína y de morfina, antipirina, quina, nuez de kola, opio, láudano de Sydenham, tintura de iodo, clorato potásico, agua destilada, agua oxigenada, aceite de ricino, pomada mercurial, pepsina, objetos destinados á las curas, esencias).

Sería tonto el alegar que en este volumen faltan multitud de sustancias tan importantes como las en él expuestas; cuando una obra no se anuncia como un tratado fundamental y completo, sino como un resumen técnico de lo más necesario, hay que tomar el libro según el autor nos lo ofrece, y ver si sirve bien al propósito de conveniencia impuesto como programa. Tal ocurre con este trabajo de Tarbouriech, que sólo se propone dar procedimientos rápidos y baratos para los ensayos y análisis más corrientes, sin amontonar materiales científicos y técnicos innecesarios para la finalidad de la obra.

Atlas de Anatomía topográfica y aplicada, por el Dr. Oscar Schultze, *Catedrático de la Universidad de Würzburg;* traducido directamente del alemán por el Dr. D. Pablo Lozano y Ponce de León, del *Instituto Rubio* y de la *Sociedad Protectora de los Niños*, de Madrid, con un prólogo del Dr. D. Antonio Martínez Angel, Director del Instituto Rubio.—Madrid, 1905; Librería Académica, calle del Prado, 11.—Un tomo (20 × 25 cm.) de 177 páginas, con 70 láminas en color y 23 fotograbados en negro. Encuadernado en piel americana: 24 pesetas en Madrid, 24,75 en provincias, 25,50 en el Extranjero.

Hállase tan bien demostrada la conveniencia de los *Atlas*, que ya no hace falta ninguna nueva demostración teórica; pero hay dos

* Aunque el traductor lo llama *Papilla de Burdeos*, yo le doy el verdadero nombre con que se designa universalmente á dicha fórmula.—Dr. L. M.

Digitized by Google

pruebas prácticas que no quiero pasar en silencio, porque más demostrativas. Que donde más y mejores obras de ese se publican es en Alemania, donde más intensiva y extensi cultura científica. Y que en todas las naciones que figuran beza de la civilización moderna se agotan ediciones numero y el público intelectual no queda aún saturado con tamaña dad. Los mejores libros de ese género son traducidos inmedi te á los idiomas de todos los países cultos. Siendo el castella diez y nueve nacionalidades de ambos mundos, uno de los cuatro más hablados en la tierra, y lengua madre de más cuenta millones de hombres, no podía faltar traducción espa notable *Atlas del Dr. Schultze*.

La edición es muy bella. De las 70 láminas sueltas, hay grafiadas en Alemania, que resultan verdaderos primores a al servicio de la ciencia anatómica aplicada á la Medicina y rugía. Las restantes láminas son hermosos fotograbados en colores varios, de excelente preparación como disecciones bien tiradas en las máquinas.

En cuanto al texto, es sustancioso, sin fárrago, con vista á las aplicaciones médico-quirúrgicas. Mi buena amistad co ductor, dado mi carácter independiente, no me vedaría la censura si en mi concepto la mereciese; por tanto, tampo privarme de la satisfacción del aplauso. Conocedor del alemá castellano é ilustradísimo en la materia, cirujano que practic rio, reúne todas las condiciones necesarias para hacer ta versión como ha hecho, adicionada por su parte con alguna deraciones acerca del conducto inguinal, que tanto importa para el tratamiento operatorio de las hernias, tan extendida das las clases de la sociedad.

Obra de mérito es ésta, no siendo de desdeñar el de que cio es barato en relación á sus relevantes cualidades cient editoriales. En otros tiempos no era posible dar tan buenos li tan poco dinero; los Atlas anatómicos costaban un dineral y tan bellos. Así es que el propósito de la Librería Académica blicar otros libros análogos merece ser alentado por clase t diosa y entusiasta como la gente médica.

L'art dentaire en Médecine légale, par le Dr. Oscar Amoëdo, *Professe le Odontotechnique de Paris*.—Masson et C.ie, éditeurs, 1898. Un vol. (24 × 608 pag., avec 70 fig.

La Higiene pública y la Medicina legal fueron mis primer res científicos. Así es que cuando tropiezo en mis lecturas co importantes que traten asuntos de cualquiera de las rama llamada Medicina política, prodúceme una de las mayores s

Digitized by Google

ciones íntimas que como lector puedo sentir. Tal me ha acontecido con el libro del profesor hispano-francés Dr. Oscar Amoëdo. Es obra que primero se lee con avidez, y luego se guarda en lugar conocido de nuestra biblioteca, con la seguridad de que es libro de consulta por muchísimos años y en más de cuatro ocasiones. Un septenario ha transcurrido desde su publicación; y al paso que salen á luz obras nacidas viejas ó envejecidas al semestre, ésta será joven por largo tiempo, lo que suele llamarse «clásica» por mal mote.

Dedica primero el autor 121 páginas á exponer la anatomía dentaria normal, y luego 78 á las anomalías de los dientes, á la dentadura en las diferentes razas humanas, en los idiotas, las prostitutas, los criminales y los enanos. En otras 54 páginas trata de los dientes en relación con la patología general. Viene luego un breve estudio de la caries (15 págs.), de la erosión dentaria (19 págs.), de las lesiones profesionales de los dientes (15 págs.), de las lesiones traumáticas (23 págs.), de las mordeduras (19 págs.), del desgaste dentario (15 págs.), de los dientes después de la muerte (25 págs.), de la jurisprudencia dentaria (50 págs.), de la notación dentaria (28 páginas), una casuística de 52 observaciones (110 págs.) y una bibliografía que consta de 536 números (37 págs.).

El problema médico-forense y pericial que mejor puede resolverse por medio del arte dentario es el de la identificación de las personas vivas y de los cadáveres. La numerosa casuística bien escogida y bien expuesta por el Dr. Amoëdo, es una brillante y convincente demostración de los servicios prestados por la pericia de los odontólogos. La horrorosa catástrofe del Bazar de la Caridad, en París, de la cual fueron víctimas multitud de señoras y señoritas de familias muy conocidas, proporcionó triste ocasión para prestar eminentes servicios de esa índole á odontólogos parisienses de gran reputación profesional y científica, identificándose unos cuarenta cadáveres de infelices damas carbonizadas en aquella tragedia de diez minutos de duración y de un recuerdo que no acaba.

En las profesiones médicas se distinguen los dentistas por una concienciosidad meritoria y ejemplar en alto grado. Derroche de ingenio, pacienzudas y delicadas labores, prurito de exactitud casi matemática en sus trabajos de prótesis, registro minucioso y fiel de todas sus operaciones. Y cuando llega una ocasión como la de la referida catástrofe parisiense de 1897, á la vez que se ejerce por los odontólogos una función social de primer orden, se pone de manifiesto ese cúmulo de sólidas cualidades científicas y profesionales sin las que hubiera sido imposible auxiliar á la justicia en su ministerio y entregar á las respectivas familias los restos mortales de los pobres seres queridos, con la absoluta certidumbre de ser aquellos mismos á quienes se amó en vida y se amará muertos.

Digitized by Google

La biología aplicada á la sociología, por el Dr. Eugenio Wasserzu
Aires, 1905. Nicolás Marapa, editor, *Las Ciencias*, librería: Avenida de M

No voy á hacer la bibliografía de esta obra, por la pot
zón de que no han salido aún á luz los tres tomos de que ha
tar, y es preciso tener presente su conjunto para comp
Está recién publicado el primer volumen de ella: 724-XII
de 18 × 26 cm., con muchas faltas de corrección tipográ
puedo anticipar dos impresiones: que la labor es un gran
mental, y que la edición es lujosa. En interés del autor, de
del público, anuncio el libro hoy y dejo la nota bibliográfic
día que tenga pleno conocimiento del trabajo total. De tod
ras, el tomo primero hace desear con impaciencia que apar
otros dos anunciados. Siguen viniendo de Buenos Aires pru
pruebas, y muy elocuentes, de que aquella cosmopolita ciu
ricana es un gran centro intelectual.

Manuel García.—*Su influencia en la laringología y en el arte del canto*, p
A. G. Tapia. Un tomo de 228 páginas, con 55 grabados en el texto. Madr
prenta y librería de Nicolás Moya, Carretas, 8.

Gloriosa dinastía de genios la que empieza en el sevi
nuel del Pópulo Vicente Rodríguez Aguilar, que nació en
andaluza el 21 de Enero de 1775. Y no ha inmortalizado s
dos, por extrañas circunstancias. El fundador de esa geni
es *Manuel García I*, por el apellido de su padrastro; sus tre
hijos célebres son *Manuel García II* (nacido en Madrid
Marzo de 1805), María Felicia Malibrán De Beriot, apellid
dos esposos (nacida en París el 24 de Marzo de 1808) y
Viardot, apellido de su marido (nacida en París en Julio
¡Ni un solo *Rodríguez*, sino los García padre é hijo, la Ma
Viardot! ¡Pero qué nombres tan colosales, aunque no sean
juro de heredad y los enaltecieran cada uno por su propio
dividual!

¡Y qué méritos! Entre los cuatro personajes de esas do
ciones, que aún cuentan dos patriarcas en el número de
suman: tres cantantes de *primissimo cartello*, tres compos
tables, una gran pianista, tres colosales profesores del art
tar, dos tratadistas del canto no superados, un fisiólogo
orden acerca de la voz humana y un descubridor que da
una importantísima rama de la ciencia-arte de curar; tot
titudes geniales repartidas entre cuatro personas. Es d
que, además, tienen gran cultura científica, literaria y ar
dependientemente de aquellas numerosas especializacion
lograron renombre universal é imperecedero. Y si se tiene

Digitized by Google

ta que los demás miembros no célebres de esa familia son músicos profesionales ó aficionados, que la Malibrán se casó con uno de los más grandes violinistas, como lo era Beriot, y que Paulina Viardot es viuda de un famoso literato enamorado de las letras y artes españolas, veremos que el talento refulge en toda la parentela por consanguinidad, por afinidad y por enlaces conyugales.

Manuel García II, de Madrid, lleva gallardamente sobre sus hombros el peso de un siglo de vida llena de gloria para sí, de provecho para la humanidad. Flores brotadas de tan robusto tronco, en las que se concentra la savia intelectual para dar frutos exquisitos ó inagotables, son estas tres publicaciones: *Memoire sur la voix humaine*, presentada en 1840 á la *Académie des Sciences*, de París, y publicada en extracto por ella en sus *Comptes Rendus*; el *Traité complet de l'art du chant* (París, 1847); *Physiological observations on the Human Voice*, trabajo comunicado á la *Royal Society* de Londres, y dado á luz íntegro en sus *Proceeding* (22 de Marzo de 1855).

Los frutos son: una pléyada de cantantes notables, como la Jenny Lind, H. Nissen, Eugenia García (su mujer), la Marchesi, Cristina Nilsson, Johanna Wagner, la Sterling, la Orridge, Thucidichum, Julio Stockausen, Bataille, Stanley, etc., prez de la escena lírica en la Opera; todos los laringólogos, desde Türck y Czermak hasta los venideros, pasando por Kirstein y Killian; y un incontable número de enfermos aliviados ó curados por la laringología, gracias al que nos trajo las gallinas, ó sea *Manuel García II*, inventor del laringoscopio y de la laringoscopia, el madrileño franco-inglés cuyo centenario se celebró en Londres y se conmemora en el precioso libro del Dr. García Tapia.

En este lindo volumen se publica por vez primera en el mundo, literalmente traducida del francés, la hasta ahora inédita *Memoria sobre la voz humana*, tras un cautiverio de sesenta y cinco años en los polvorientos archivos de la Academia de Ciencias de París.

Mi amigo el Dr. Tapia ha hecho gala de su flexible talento de narrador, expositor y crítico, dando pruebas de ser un verdadero cronista de buen gusto en materias tan artísticas como científicas. Es un libro para todos el suyo: para el público médico, para el mundo musical y para los lectores cultos no dedicados á la ciencia de Hipócrates ni al arte de Beethoven. Se lee con mucho gusto y se consultará con mucho fruto.

Digitized by Google

VARIEDADES

Aclaración necesaria.—Un error involuntario hizo q
número XXVI de la Revista (correspondiente á Junio de
apareciese como administrador el Sr. D. Rufino Martín Be
por el hecho de ser Depositario de los fondos del Profesorad
consiguiente también de la Revista. Este carácter tenía y t
clusivamente; sin que en ello se haya incluído la Administr
cual es incumbencia del Sr. D. Saturnino García Hurtado,
caudador y cuentadante, así como para la correspondenci
rácter administrativo.

Matrícula en el Instituto Rubio.—Para ser Alumn
Instituto de enseñanza mutua y familiar, es preciso ser Doc
cenciado en Medicina, pagar por adelantado 250 pesetas de
la única y comprometerse á tomar parte durante dos año
tareas teóricas y prácticas del Instituto. Al cabo de dos
asistencia efectiva se obtiene el Diploma certificado de
Alumno y el derecho de tener consulta en un Dispensario,
unión de los que ya lo desempeñan, según la mayor conv
para el régimen á juicio del Director del Instituto y concili
tre sí todos los derechos del Profesorado.

La matrícula se solicita y se paga en casa del Secret
Profesorado, D. José Nadal-May y Losada, calle del Pez,
piso principal, de cuatro á seis de la tarde, menos los días

Felicitación al Dr. Gutiérrez, por la Redacción.—
abrió D. Eugenio Gutiérrez en el Instituto de Terapéutica
ria, fundado por D. Federico Rubio en el Hospital de la Pri
Dispensario de Ginecología. A los veinticinco años, celebr
bodas de plata con la especialidad en que brilla como astr
mera magnitud entre las grandes reputaciones europeas,
honrado por S. M. el Rey con la gran cruz de Alfonso XII,
da á premiar el relevante mérito científico, literario y artís

Además de ese justísimo galardón oficial, ha recibido el
tiérrez dos elocuentes pruebas del cariño que le profesan c
conocen y tratan: la suscrición pública para regalarle las i
abierta entre sus amigos, compañeros, discípulos y paisano
pontaneidad y entusiasmo; y una hermosa sesión de honor
ciedad Ginecológica Española, de la que el festejado ilustre
sidente efectivo y es Presidente honorario perpetuo. Este
lemne y el más familiar, pero no menos serio, de hacerle en
la bella y rica joya constituída por dicha valiosa condecorac
sido dos memorables fiestas de la familia médica española
monio privado y público del cariño y consideración que pr
á uno de los miembros que más la enaltecen dentro y
España.

Entre sus muchos y grandes servicios á la ciencia y á l
no podía menos de figurar el conjunto de importantes trab
ha publicado como periodista médico en ese período glorio
cuarto de siglo de labor colosal.

En las páginas de esta Revista quedan archivados a

Digitized by Google

notas clínicas y conferencias que conocen, estudian, traducen, comentan y citan con encomio los especialistas españoles y extranjeros. Siendo un clínico, cirujano y profesor agobiado de quehaceres, aún ha quitado á su breve descanso las horas necesarias para transmitir á los demás parte del fruto mental de su gran ciencia y copiosa práctica. Yo he llegado á creer que estos hombres tan laboriosos añaden unas cuantas horas á las veinticuatro del día civil, tomándolas en algún secreto escondite por ellos conocido y en el cual se almacenan los años de vagancia fabricados por muchos españoles que sólo saben «hacer tiempo». Si ese «*tiempo hecho*» fuera artículo de exportación, España sería el país más rico porque monopolizaría dicho «artículo» y lo comprarían muy caro en otros pueblos; pero no sin que antes adquiriesen un buen *stock* los trabajadores como Gutiérrez para utilizarlo en bien de los demás.

Fundada esta REVISTA por D. Federico Rubio, cedida la propiedad de ella por su noble hija D.ª Sol al Profesorado del Instituto, y elegido por éste el Dr. Gutiérrez Presidente del Consejo de Redacción y Administración, es la mejor garantía de que la REVISTA conservará siempre la altura que adquirió en vida del Fundador y supo transmitirnos íntegra la ilustre heredera del inmortal maestro.

Y así como los colaboradores y lectores se felicitarán de ver hoy escudada con el prestigio del Dr. Gutiérrez á la REVISTA, contra toda decadencia ó degeneración de ella, estoy seguro de que también felicitarán al ginecólogo, al profesor, al académico, al periodista, al caballero y al amigo, como en nombre de colaboradores y lectores le felicita la Redacción, representada al efecto por *Luis Marco*.

Sesión de honor en la Sociedad Ginecológica Española.—La Sociedad Ginecológica Española, de tan brillante historia académica, celebró en su domicilio social la noche del miércoles 22 de Noviembre una solemne velada en honor del Excmo. Sr. Dr. D. Eugenio Gutiérrez y González, Presidente honorario, para hacerle entrega de un álbum firmado por todos los socios y encabezado por un Mensaje primorosamente escrito por el actual Presidente efectivo, Dr. Oliván y Sanz, felicitándole por haber sido condecorado el primero con la gran cruz de Alfonso XII como consagración oficial de los insignes méritos por todo el mundo reconocidos en el eminente ginecólogo.

Con grandísimos aplausos de la concurrencia hicieron uso de la palabra los Dres. Sarabia, García Arias, Botín, Vecino, Soriano, Cospedal, Recasens, Fernández Chacón y Pulido. Hízose notar por cualidades oratorias no comunes, y hasta ese momento ignoradas por sus amigos, el Dr. Botín, profesor del Instituto Rubio. En nombre y representación de los discípulos del insigne festejado, leyó el Sr. García Arias el siguiente bien escrito discurso:

«SEÑORES:

»Deber ineludible en mí es hablar en este día, por ser uno de los discípulos más antiguos del festejado, por haber sido su ayudante y por haber vivido en continuo comercio intelectual con el mismo durante diez y seis años y medio.

»Ardua tarea, difícil empeño decir algo que ignoréis de ginecólogo de tanto relieve como es el Dr. Gutiérrez. Ya que nada nuevo

Digitized by Google

pueda deciros, séame permitido al menos dar rienda sue
fantasía y exponeros, con la sinceridad que me caracteri
riguroso orden sucesivo, los juicios que me han merecido l
tas fases evolutivas de su vida de cirujano; ó en otros
cómo ha cumplido con la misión que se ha impuesto desem
el concierto social.

»Antes de pasar adelante voy á sentar una premisa que ca
atrevería á calificarla de axiomática, y es: que todos los ho
periores (genios, sabios, caracteres, talentos, talentos univers

tienen, como conjuntos armónicos que son, varias cualidad
nes: la primera y más saliente, voluntad grande y diama
segunda, ansia infinita de saber; y la tercera, que esas inte
parecen infatigables y que no bien han realizado un objet
ño, cuando tienen aparejada otra empresa, y luego otra y
tal modo, que la muerte les sorprende teniendo entre m
por concluir; de ahí que den frutos tempranos, abundante
nos, de gran utilidad para ellos y para sus semejantes.

»En apoyo de mi aserto, tenéis las biografías de todos lo
hombres que han prestado servicios incalculables á la hu
La causa eficiente, si no única, de las obras llevadas á ca
les seres, ha sido el movimiento continuo de su yo y su vo
través del tiempo y del espacio, de esas dos ideas-fuerzas—
llaman los psicólogos contemporáneos,—tan potentes como

Digitized by Google

lares y equivalentes que ponen en movimiento los mundos de lo infinitamente grande y de lo infinitamente pequeño.

»Ahora hablen por mí los hechos, siempre más elocuentes y persuasivos que las palabras.

»El profesor Gutiérrez, dotado de las facultades antes dichas y de una vocación irresistible por la Ginecología y Obstetricia, logra, en un período relativamente corto (quince años), formarse, destacarse distinguiéndose, instaurar su personalidad científica indiscutida é indiscutible, ocupar un sitial en la Real Academia de Medicina y dar á la sociedad sus primeros discípulos para difundir y continuar su obra fecunda y bienhechora, contribuyendo de este modo á elevar á un tiempo el nivel ético y el científico de la clase médica.

»En esta época, quizá la más laboriosa de su existencia, consigue títulos, honores, preeminencias y reputación, y atraídos por ésta, más de doscientos médicos y cirujanos de todas las provincias de España vienen á cerciorarse *de visu* de lo que de público se decía del ginecólogo Dr. Gutiérrez: unos por mera curiosidad, por no dedicarse á estos estudios; otros con elevadas aspiraciones y vivos deseos de aprender é imitarle, y otros, con miras más modestas, para imponerse en la pequeña cirugía ginecológica y en todo aquello que estuviese al alcance de sus facultades y redundase en provecho de las enfermas; todos, sin distinción, se admiraban del vertiginoso movimiento evolutivo, y por ende del engrandecimiento de la Ginecología y Obstetricia modernas, congratulándose de no ver defraudadas sus esperanzas y haber tenido ocasión de aplaudir al celebrado operador.

»Con ser mucho lo alcanzado, sin embargo, no se contenta ni da por satisfecho el Dr. Gutiérrez; y con más ardor, si cabe, con más confianza en sí mismo, por ser mayor el caudal de conocimientos acumulados, continúa la labor emprendida; y hoy un folleto, mañana otro, asistiendo á Congresos internacionales, publicando en la prensa profesional artículos sobre la especialidad, consigue que su nombre trasponga las fronteras y sea respetado y estimado como se merece por sus colegas de los continentes americano y europeo.

»En esta segunda etapa de su vida científica no ha descuidado un momento la enseñanza, comprendiendo en toda su extensión la importancia del cargo que durante cerca de cinco lustros viene desempeñando en el Instituto Rubio. Maestro á la moderna y bien compenetrado del espíritu de la época en que vive, se ciñe á los justos límites de ser iniciador y guía de sus discípulos, dejando á éstos que rehagan por sí el edificio de la ciencia á que se consagran. Emplea métodos activos ó de descubrimiento, y desecha por malos y detestables los llamados pasivos ó por conocimiento, únicamente empleados por espíritus rutinarios, que también les llaman *copistas* algunos pedagogos. «Lo esencial en la enseñanza científica es el método mismo de la enseñanza.» (Guyau.)

»Además, cuida muy mucho de enseñar con amplitud de miras, con la vista fija siempre en lo porvenir, como compete á todo maestro inteligente y celoso del cumplimiento de su deber, y, sobre todo y por encima de todo, despojado de vanidad y del ridículo é insustancial espíritu de escuela. No olvida nunca que desde el momento en que una ó más personas voluntariamente se prestan á oir sus lecciones, lo elevan, lo honran y tributan homenaje á su ciencia—uno de los más altos y legítimos que pueden darse al humano espíritu;—

Digitized by Google

tiene muy presente que sus discípulos de hoy han de ser l
gadores y continuadores de su obra mañana: de ahí que
á ellos como uno de tantos camaradas, que los anime y a
su *fever opus* y su ejemplo (1), que los atraiga á sí, tratan
fundirles sus propias energías, con el fin de obtener de ell
yor partido para bien de la ciencia y de la humanidad.

»Hasta aquí los hechos, que se prestan á varias é instru
ducciones; pero yo me concretaré á exponer sólo una de
que á mi juicio comprende á todas.

»El Dr. Gutiérrez es un carácter, éste es el rango que—
ni vacilaciones—yo le asigno, y el que le asignará cualquie
psicológica. Dice una de ellas que el carácter no es única
aristocracia del talento, sino que también la verdadera
del hombre. He dicho.»

Saludo á nuestros suscritores y colegas en la p

Al terminar el séptimo año de nuestra publicación, comenz
dedicar un recuerdo de admiración y cariño á nuestro F
Dr. D. Federico Rubio y Galí, igualmente que á su ilustr
á quien saludamos desde esta REVISTA, que ella nos donó
mente y llena de prestigio.

Al entrar en el octavo año, deseamos á nuestros sus
compañeros en la prensa toda clase de prosperidades en 1

Para el primer número del próximo año (fin de F
1906) tenemos en nuestro poder notables trabajos español
vestigación experimental y clínica, *inéditos y nue*
ellos figuran uno sobre **Röntgenterapia del cáncer,** *ot*
de las **Glándulas suprarrenales** (*ambos con bellas y n*
ilustraciones gráficas), *un tercero referente al* **Empleo t**
tico del Radium en Oftalmologia, etc., etc.

En lo sucesivo será la REVISTA **bimestral,** *en vez d*
tral, constando **cada número de diez pliegos, con la**
caja que actualmente. LOS SEIS NÚMEROS DEL AÑO CO
RÁN EXACTAMENTE TANTO TEXTO COMO LOS CUATRO QUE HA
REPARTIÉNDOSE.

Habrá una sección nueva, titulada **Revista de Es**
dades.

---

(1) El ejemplo es uno de los instructores más poderosos, aunque enseña s
Es la escuela práctica de la humanidad, obrando por la acción, que siempr
más que las palabras.—*Samuel Smiles.*

Digitized by Google

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

Digitized by Google

Digitized by Google

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

FUNDADA POR

DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

DIRECTOR

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Dr. S. García Hurtado. Dr. R. Luis y Yagüe.

TOMO XV

(Números XXIX, XXX y XXXI, Febrero, Abril. Junio.)

MADRID

DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1906

Digitized by Google

10.970.—Imprenta de Idamor Moreno, Tutor, 22.—Teléf. 2.

Digitized by Google

ÍNDICE DEL TOMO DÉCIMO-QUINTO

Páginas.

ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS Y SUS ASOCIACIONES GASTRO-DUODENO-HEPÁTICAS, DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO *(trabajos originales)*, por D. Eulogio Cervera..... 1

CASO RARO DE QUELOIDES DESARROLLADO EN UNA CICATRIZ DE FÍSTULA DE ANO *(notas clínicas)*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez..... 21

NOTA CLÍNICA ACERCA DE UNA EMBARAZADA CON ESTRECHEZ PÉLVICA, por el Dr. Eugenio Gutiérrez..... 27

EL RADIUM EN TERAPÉUTICA *(trabajos originales)*, por el doctor D. Alberto Mayoral..... 35

LOS RAYOS RÖNTGEN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER *(trabajos originales)*, por los Dres. César Comas y Agustín Prió..... 40

LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES *(trabajos originales)*, por don Tomás Rodríguez Pinilla..... 74

PSICOFISIOLOGÍA DE LA EMOCIÓN MUSICAL *(trabajos originales)*, por el Dr. José Ingegnieros..... 88

REVISTA DE ESPECIALIDADES..... 121

Ginecología, por el Dr. Gutiérrez..... 121

Sobre la cura desclorurante en las nefritis y en la albuminuria gravídicas. 121

Tratamiento de la erosión del cuello uterino por el queleno y el xeroformo. 122

La punción lumbar y el *veratrum viride* en el tratamiento de la eclampsia. 123

Neurología y Electroterapia, por el Dr. D. Enrique Vilches y Gómez..... 124

Sobre la tarsalgia y su tratamiento..... 124

Abuso que puede cometerse con las intervenciones quirúrgicas por falta de examen atento de los enfermos..... 125

Restablecimiento rápido de las funciones tras la sutura nerviosa secundaria..... 126

Tratamiento del corea..... 126

Acción fisiológica de las sustancias fosforadas orgánicas sobre la circulación..... 127

Tratamiento de las neuralgias por medio de la ionización de diversas sustancias..... 128

Convulsión en el territorio del espinal..... 129

Empleo de los abscesos de fijación en las diversas infecciones de las meninges..... 129

Vías urinarias, por el Dr. González Bravo..... 130

Nuevo procedimiento mixto de prostatectomía total..... 130

Estudio de una forma particular de tuberculosis primitiva del riñón.—El riñón poliquístico-tuberculoso..... 132

Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. L. y Yagüe..... 134

Ruptura total del páncreas curada por sutura..... 134

Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado..... 135

Tratamiento de las hernias umbilicales por las inyecciones de parafina... 136

Hernia de Treitz..... 136

De los estrechamientos del intestino consecutivos á la interrupción de la circulación mesentérica..... 137

Las funciones del ciego y del apéndice..... 138

Disposiciones viciosas del colon ascendente provocadas por el descenso del riñón derecho..... 138

Tratamiento de la enfermedad de Hirchsprung (Megacolon)..... 140

La úlcera crónica del estómago y su tratamiento..... 141

Digitized by Google

REVISTA DE REVISTAS.....
Novedad terapéutica.....
Contusión del riñón.—Nefrorrafia.—Curación.....
Tumores raros del cuello.....
Escorbuto infantil (forma frustra).....

BIBLIOGRAFÍA, por Luis Marco.....
Policía sanitaria: Enfermedades infecto-contagiosas de los animales
méstico s y su tratamiento por los sueros y vacunas.....
Traitement de la lèpre par le Palétuvier ou Mangiier rouge.....
Clínica ginecológica: Casos clínicos de la Consulta de Ginecología d
Casa de Socorro de la Inclusa.....

VARIEDADES.....
A los señores suscriptores y corresponsales.....
Matrícula en el Instituto Rubio.....
Premio Federico Rubio en todas las Facultades de Medicina.....
Los hospitales de Londres.....

TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRITIS CRÓNICA POR EL MÉTODO
MENGE, Ó SEA CON LA SOLUCIÓN DE FORMALINA *(trabajos o*
ginales), por el Dr. Francisco Botín.....

LA OPERACIÓN CESÁREA VAGINAL *(trabajos originales)*, por el d
Dr. Carmelo Gil.....

CÁLCULO PULMONAR *(trabajos originales)*, por el Dr. Calatravei

HERIDA DE LA REGIÓN LUMBAR DERECHA CON ANESTESIA Y ATROI
MUSCULAR DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO *(trabajos origi*
les), por el Dr. Enrique Vilches y Gómez.....

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA ESENCIÁL DE ORINA EN I
NIÑOS (ENURESIS NOCTURNA) *(trabajos originales)*, por el Dr. C
los Negrete.....

SOBRE LA HERNIA INGUINAL *(trabajos originales)*, por el Dr. Lozai

HIPERCLORHIDRIA É HIPERSECRECIÓN GÁSTRICA *(trabajos origi*
les), por el Dr. Moreno Zancudo.....

LA CURA POR LA «BABEURRE» EN LOS TRASTORNOS DIGESTIV
Y LAS TOXIDERMITIS INFANTILES *(trabajos originales)*, por
Dr. Celestino Moliner.....

LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA *(trabajos origi*
les), por el Dr. E. Fernández Sanz.....

REVISTA DE ESPECIALIDADES.....
Aparato digestivo, por el Dr. R. L. y Yagüe.....
Valor del punto pancreático de Desjardins y zona pancreático-colédoca
Chauffard.....
La esplenocleisis: Nueva operación contra la anemia esplénica y la enf
medad de Banti.....
La cura operatoria de la enterocolitis por hipertrofia de la S ilíaca (fle
megalia).....
Método de cateterismo del esófago.....
Tratamiento de las fístulas biliares.....
La decapsulación renal en la cirrosis hepática común.....
Intervención quirúrgica en la perforación de las úlceras tíficas.....
Dermatología, por el Dr. Luis Marco.....
Tratamiento de la tiña tonsurante.....
Tratamiento del impétigo crónico.....
Tratamiento del psoriasis.....
Levurargirio.....
Dos palabras sobre Helioterapia.....

Digitized by Google

Páginas.

Estomatología, por el Dr. Landete 267
Perforaciones del velo del paladar en la escarlatina. 267
Tratamiento de la odontalgia por el hidrato de cloral 268
Estomatitis mercurial 269
El vegetalismo y la dentadura. 269
Tratamiento de la deglución dolorosa. 270
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez. 270
Valor del síntoma dolor en la práctica ginecológica. 270
Enfermedades del pulmón durante el puerperio, dependientes de trombosis y embolia. 271
Sobre la elección de un hemostásico uterino. 272
Laringología, por el Dr. A. G. Tapia 273
Dos palabras para dar una denominación adecuada á la broncoscopia superior é inferior 273
Indicaciones de la intervención operatoria en las sinusitis frontales 274
Sobre el síndrome de Avellis 276
Absceso extradural consecutivo á una otitis media aguda 277
Tratamiento local, bajo la dirección de la vista, de las estenosis de la tráquea y de los bronquios 277
Tratamiento de la hemorragia quirúrgica de la amígdala palatina. 278
Neurología, por el Dr. E. Vilches. 279
Las taquicardias paroxísticas esenciales. 279
Neuralgias graves del trigémino. 282
Tratamiento de los dolores fulgurantes de la tabes 283
Tratamiento de la incontinencia nocturna de orina 284
Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica, por los Dres. Palacios y Olmedo y López Durán. 284
Anomalía congénita del miembro inferior 284
Contribución al estudio de la coxa vara traumática. 285
Curación espontánea de la luxación congénita de la cadera, en un lado, en ciertos casos de luxaciones congénitas dobles. 285
Desprendimiento epifisario en el niño.—Influencia sobre el crecimiento del miembro 286
Reumatismo tuberculoso anquilosante de forma espóndilo-rizomélica. . . . 286
La operación de Mickulicz en el tortícolis muscular crónico. 286
De la luxación congénita de la rótula. 287
Sobre el valor de las objeciones hechas al método de enderezamiento forzado en el tratamiento del genu-valgum. 287
De las roturas del ligamente rotuliano 287
Tratamiento conservador de las artritis tuberculosas. 288
De la circulación interrumpida, como agente terapéutico aplicado á casos de artritis reumatoídea 289
Proctología, por el Dr. Martínez Suárez. 292
Resección del prolapso rectal. 292
El sulfato de cobre en las fístulas anales. 292
Tratamiento de la constipación pertinaz por el tapón rectal. 292
Coprolito situado en la ampolla rectal de un niño de once meses 293
Prolapso rectal del niño 293
Tratamiento de las hemorroides internas en los primeros períodos. 294
Vías urinarias, por el Dr. González Bravo 294
Contribución al estudio de la tuberculosis del aparato urinario. 294
Piuria renal derecha diagnosticada por la separación intravesical de las orinas en ausencia de todo síntoma renal. 297

REVISTA DE REVISTAS 298
Una histérica 298
El análisis coprológico, como medio de diagnóstico en las dispepsias duodenales 301

BIBLIOGRAFÍA, por Luis Marco 307
El pie-bot varus-equino congénito. 307

VARIEDADES, por Luis Marco 310
Los areneros 310
Matrícula en el Instituto Rubio 319
Premio Federico Rubio en todas las Facultades de Medicina 320

Digitized by Google

DONATIVO REGIO .....

PRIMERA NOTA SOBRE UN CASO DE CÁNCER DE LA CARA POST
DEL CIEGO *(notas clínicas)*, por el Profesor D. M. del Cas

OPERACIÓN IDEAL DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS DEL HÍGADO (
clínicas), por el Dr. P. Lozano .....

TRES CASOS DE EPITELIOMA DEL CUELLO UTERINO CON EMB
(notas clínicas), por el Dr. F. Blasco .....

HISTERIA QUE PARECE MAL DE POTT *(notas clínicas)*, por el
A. Martínez Angel .....

UN CASO DE ACROBATISMO LINGUAL *(notas clínicas)*, por el
A. G. Tapia .....

HIPERCLORHIDRIA É HIPERSECRECIÓN GÁSTRICA *(trabajos ori
les)*, por el Dr. Moreno Zancudo .....

LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA *(trabajos or
les)*, por el Dr. E. Fernández Sanz .....

AMPLIACIÓN DE LA AUSCULTACIÓN MÉDICA *(trabajos origin*
por D. Manuel Maluquer .....

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES PUERPERALES POR EL
(trabajos originales), por el Dr. A. Martínez Cerecedo ...

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA
bajos originales), por D. R. García de Arias .....

REVISTA DE ESPECIALIDADES .....
Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. Yagüe .....
Estomatología, por el Dr. Landete .....
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez .....
Medicina general, por el Dr. Verdes Montenegro .....
Ósteo-artropatías y Cirugía ortopédica, por los Dres. G. Hurtado y P
y Olmedo .....
Oto-rino-laringología, por los Dres. Jiménez Encina, J. Morales y
Tapia .....
Proctología, por el Dr. Martínez Suárez .....
Vías urinarias, por el Dr. Negrete .....

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. Gutiérrez .....
Algunas consideraciones sobre las dimensiones de la cabeza del fet
mino, por el Dr. S. da Costa Sacadura .....
Molas y corio-epiteliomas, por el Dr. J. Cortiguera .....

VARIEDADES, por los Dres. Saturnino García Hurtado, Yag
Masip .....
Premio internacional de ortopedia Humberto I. .....
La luz como agente terapéutico .....
Modo de transmisión de la lepra .....
Determinación de la humedad de los muros en las habitaciones ...
Sobre la averiguación del plomo en las aguas potables .....
Higiene del obrero en los Estados Unidos .....
Sobre la preservación del contagio sifilítico .....
Nuevo método para hacer inofensivos los cisticercos .....
Consideraciones sobre la influencia nociva del aire en los automovil
ciclistas .....
¿Qué es el reumatismo? .....
El valor terapéutico de la zarzaparrilla en la sífilis .....
Premio Riberi, de 20.000 liras .....
La educación física razonada .....
La helioterapia .....
El nuevo ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes .....

Digitized by Google

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS Y SUS ASOCIACIONES GASTRO-DUODENO-HEPÁTICAS

DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO

CONFERENCIAS DADAS EN EL INSTITUTO RUBIO

POR EL DR. D. EULOGIO CERVERA

De la Real Academia de Medicina y Jefe clínico del Instituto Rubio.

CUARTA CONFERENCIA

PANCREATITIS CRÓNICA

En la anterior conferencia terminamos cuanto era concerniente al grupo de las pancreopatías agudas; en la de hoy hemos de comenzar por el estudio de las crónicas, que generalmente son consecuencia de aquéllas, si bien la cronicidad primitiva es también frecuente.

Es importante y de gran interés este capítulo por varios conceptos, pues que se presentan con mayor frecuencia de lo que se supone generalmente las pancreatitis crónicas, y acompañan principalmente á las afecciones calculosas hepáticas cuando éstas persisten por enclavamiento del cálculo en el conducto colédoco, especialmente en su último tramo, ó sea el pancreático-duodenal. No debe perderse nunca de vista la posibilidad de esta complicación; tanto más, cuanto que acaso la comprobación de la existencia de una pancreatitis crónica en el curso de una calculosis hepática sea motivo ó indicación para intervenir quirúrgicamente y no insistir por más tiempo en el tratamiento médico, que perjudicaría al enfermo, exponiéndole á que la pancreopatía crónica alcanzara tal grado de extensión é intensidad que la hiciera incurable, aun después de des-

Digitized by Google

aparecer la causa que la dió origen. Para avalorar la i
de esta complicación, bastará consignar un solo hecho d
ción clínica: cuando existe obstrucción del colédoco el en
gaza, pero no con la rapidez con que lo efectúa al comen
ciación con la pancreatitis crónica; ni tampoco se observ
mer caso aquella tendencia hemorrágica de que nos hici
la segunda conferencia, y que tanto caracteriza á los calc
creáticos.

La pancreatitis crónica está caracterizada anatómica
la transformación fibrosa y condensación del tejido inter
glándula, cuyos elementos, propiamente glandulares, pu
hasta la completa anulación y destrucción si la formació
conjuntivo intersticial alcanza grandes proporciones.

El tejido fibroso puede invadir el páncreas en su total
cialmente, dando lugar á pancreatitis de mayor ó menor

La inflamación del tejido conjuntivo y, por ende, la
del fibroso se limitan unas veces al interlobular, otras
nar, ó bien ataca á los dos á la vez, derivándose de est
ciones estados inflamatorios interlobulares ó interacinare
prometen la existencia y funcionalidad de los lóbulos g
en el primer caso, y las de los islotes de Langerhaus en
Estas lesiones explicarán, sin duda alguna, el por qué de
cia ó ausencia del azúcar en la orina, ya que, como es bi
existen pancreáticos con glicosuria y otros sin ella: perte
primer grupo, según parece confirmar la experimentació
tomía patológica, aquellos enfermos en que el proceso esc
invadido los islotes; y al segundo—sin glicosuria—todos l
servan íntegros estos elementos, que, según la fisiología
cargados de función tan importante como la glicolítica y
de la glándula pancreática.

Todas las causas estudiadas en la etiología general pu
venir en el desarrollo de las pancreopatías crónicas, pe
pecialmente las de orden infeccioso ó discrásico; así es
el origen de la inflamación, podemos distinguir, de acue
mayoría de los autores, dos grupos de pancreatitis crónic
cular; *b)* sialongítica ó consecutiva á la infección por los
excretores de la glándula. Esta puede ser atacada total
mente en ambos grupos, pero correspondiendo el mayor
las totales al primero.

Pancreatitis crónica vascular.—Hoppe-Seyler la defi
teriza de la siguiente manera: «Primeramente enferman
sanguíneos, cuyas paredes se condensan y engruesan;
minuye, y llega hasta la completa obstrucción. Estos ca
culares conducen ó acarrean trastornos nutritivos en la

Digitized by Google

caracterizados anatómicamente por la formación de tejido conjuntivo-esclerósico, la destrucción de los elementos glandulares y su degeneración grasienta». Este proceso degenerativo alcanza en algunos casos tal extensión, que puede transformar toda la glándula en una masa grasienta de doble volumen del que normalmente le corresponde. Los caracteres asignados á esta forma de pancreatitis crónica dicen, por modo claro y terminante, que las causas que la provocan son aquellas que atacan al sistema vascular—sífilis, alcoholismo crónico, artritismo, etc.,—dando lugar á la arterio-esclerosis más ó menos generalizada, que cuando se localiza en el páncreas le coloca en condición de inferioridad para defenderse de las infecciones, aunque éstas sean de mínima intensidad.

Pancreatitis crónica de origen sialongítico.—Este es el grupo que yo llamaría de pancreatitis crónicas típicamente infecciosas: son aquellas que con tanta frecuencia se presentan en los litiásicos hepáticos; aquellas que en un momento dado se agudizan y colocan al enfermo en grave situación; aquellas que pasan inadvertidas para los profesores, aun los más eminentes, ya que, por existir historia calculosa, atribuyen el grave cuadro clínico que se presenta á su vista á uno de tantos cólicos, á lo sumo de mayor intensidad, siendo así que de lo que se trata es de un pancreático crónico, cuya pancreatitis se ha agudizado y se acompaña de una de aquellas dos complicaciones estudiadas en la conferencia anterior—hemorragia y necrosis del tejido grasiento—que simulan todo el cuadro de un cólico hepático ó de una obstrucción intestinal, cuadro que puede aparecer aun sin esta complicación, y sólo por el hecho del aumento de volumen del páncreas, como quedó demostrado gráficamente en la tercera conferencia. He tenido ocasión de observar, no diré muchos, pero sí algunos casos, confirmados por la presencia de los cristales pancreáticos de Cammidge. A mi mente se presenta el recuerdo de otros enfermos que no diagnostiqué ó, mejor dicho, que diagnostiqué mal, pues que entendí se trataba de variantes de obstrucción intestinal, siendo así que indudablemente debían ser pancreáticos del tipo que describo.

La diferencia de criterio sustentado en uno y otro grupo de enfermos obedece sencillamente al desconocimiento de la patología pancreática, que estaba en plena infancia cuando observé los pertenecientes al de los no diagnosticados. Sirva esta franca y leal manifestación para que me permita aconsejar á mis compañeros que fijen su atención en esta clase de estudios, porque tengo la seguridad que llegará una época en que se diagnosticarán los pancreáticos; ocurriendo entonces lo mismo que ocurrió con la apendicitis, quistes del ovario, estrecheces pilóricas y otras tantas afecciones que también pasaron por los tres períodos de ignorancia, constituyente y

Digitized by Google

constituído, y que en la actualidad son perfectamente d
das por todo aquel que tiene una mediana cultura médic

La pancreatitis crónica por propagación del proceso i
desde los conductos excretores reconoce las mismas caus
del tipo agudo; es decir, la infección y la obstrucción, ya
ó ya consecutivas á los procesos del hígado y de sus con
como en el grupo anterior es atacado primitivamente el
juntivo y secundariamente el glandular, en el grupo que
ocurre á la inversa; pero, como en aquél, la característic
ca es la formación de tejido fibroso y la degeneración g
bien predomina aquélla sobre ésta, de tal modo que l
queda transformada en muchos casos en un nódulo fibros

Entre las pancreatitis crónicas existe una variedad á
bemos dedicar algunas palabras, por ser importante y ú
cimiento. Es aquella que pertenece al grupo de las cir
porque es, en verdad, la que más limita su acción á un
terminado de la glándula, aunque esto no signifique que
generalizarse el proceso inflamatorio. Es, en general, con
un proceso ya ulceroso, ya neoplásico—más frecuenteme
mero,—del estómago ó del duodeno. Una úlcera de cua
estos dos órganos, que tienen tan íntimas conexiones c
creas, puede llegar á perforar las paredes gástrica ó in
extender su acción destructiva hasta el tejido glandular
co, que, á partir de este momento, se infecta, inflama y e
mando una úlcera que es continuación de la de uno de a
ganos. Esta úlcera pancreática es de superficie desigual y
sa; las granulaciones son de un color amarillo-rojizo ú os
tán constituídas por elementos glandulares más ó menos
dos, entre los que serpean bandas de tejido conjuntivo
mayor ó menor densidad y extensión, según la duración
dad del proceso ulcerativo. Este proceso destruye y abre
des de algunos conductos excretores que derraman el j
creático, cuya acción digestiva explica la dificultad de c
ciertas úlceras gastro-duodenales, porque la reparación
zación es materialmente imposible mientras no se agote
destructora.

Dada esta idea general de las diferentes formas de p
crónica, es fácil comprender que la sintomatología ha de
dísima, dependiendo de la extensión del proceso, de su lo
en la cabeza, cuerpo ó cola, de su origen, de su variedad
lar ó interacinar, etc., etc. Es la pancreatitis crónica la af
que se pueden estudiar é investigar todos los síntomas qu
mos en la sintomatología general: los digestivos, los físico
peciales y los metabólicos; predominarán los de uno ú ot

Digitized by Google

según que el proceso inflamatorio invada toda ó parte de la glándula, según que el tejido esclerósico atrofie este ó aquel elemento glandular, según que ahogue, estreche ú obture los conductos excretores principales ó secundarios ó el común al colédoco y de Wirsung, según que, en este caso, el de Santorini esté ó no permeable, pues cada una de estas modalidades anatómicas tiene que presentar cuadros distintos aun dentro de una misma modalidad físio-patológica. Así, por ejemplo, las pancreatitis crónicas de la cabeza ofrecerán un cuadro parecido al de las obstrucciones de los conductos hepáticos con todos los toques de repercusión en la estática y dinámica del hígado; las del cuerpo y cola adoptarán tipos más silenciosos, destacándose del cuadro clínico apariencias de afecciones gastro-intestinales; pero si se procura analizar los síntomas con un criterio fino, delicado y escudriñador, cual corresponde á un clínico sagaz, se logrará desentrañar y descubrir la verdadera causa del padecimiento y disociar, digámoslo así, la asociación gastro-duodeno-hepática, dando á cada uno de los órganos que la representan la participación que exactamente les corresponda. De este modo se verá que aquellos cuadros que á la simple y ligera inspección parecen representar el bosquejo, el esbozo de lo indefinido por faltarles dibujo y color, adquieren forma y colorido cuando una mano experta, cual la de un hábil é inteligente restaurador, retoca lo que la acción del tiempo destruyó y limpia lo que la negligencia ensució, descubriendo poco á poco las bellezas que encierra una obra de arte, inapreciada por los ojos inexpertos. Analícense con detenimiento las sensaciones dolorosas y de constricción que durante largo tiempo molestaban al paciente; desentráñese la fisiología y patogenia de los trastornos digestivos, las acedías, el hipo, el vómito, la náusea, los dolores cólicos, el estreñimiento, la diarrea, la ictericia, la desnutrición, la debilidad general y las cardialgias, que, si acompañan á muchas afecciones del tubo digestivo, pueden tener distinta interpretación, según el eslabonamiento de unos con otros, su diferente intensidad, el orden de presentación, enfermedades gastro-hepáticas que precedieron al estado actual; investíguese la influencia que los estados generales ejercen sobre la función del páncreas—sífilis, alcoholismo, arterio-esclerosis, influenza, fiebre tifoídea,—ya que al obrar sobre el estómago, intestinos é hígado pueden dar lugar, más ó menos directamente, á cambios anatómicos y funcionales en la glándula pancreática; sépase valorar el estado de desnutrición de los pancreáticos, que en muchas ocasiones alcanza los límites de la caquexia sin ser cancerosa; procúrese descubrir por palpación, insuflación del estómago, colocación de un cilindro duro en la espalda para aproximar el páncreas á la pared abdominal anterior, etc., etc.; procúrese, digo, descubrir la existencia del tumor ó

Digitized by Google

pastosidad en las profundidades del epigastrio en don
glándula está manida, pero que puede haber perdido est
al aumentar su volumen y consistencia; estúdiese la fu
creática mediante las exploraciones de Sahli, de Schmit
suria alimenticia, que aportan, no definitivos, pero sí
elementos al diagnóstico; no se desprecie ningún detalle
nificante que parezca, porque puede en ocasiones servir
investigación, como me ocurrió en un caso en que la dud
y revoloteaba constantemente sobre el diagnóstico de u
del tipo gastro-duodeno-hepático (creyóse indicada la adm
del aceite de ricino, que el enfermo no tuvo inconvenient
pero bajo la forma de cápsulas; el aceite no ejerció su a
gante, pues *transcurridos dos días expulsó íntegras la*
esto me llamó extraordinariamente la atención, y sup
páncreas de aquel enfermo debía estar afectado, ya
Sahli, cuyas experiencias recordé, la gelatina endurecid
cable por los jugos gástricos y sí por el pancreático, qu
ve rápidamente; en vista de este dato, adquirido casualm
gí mi investigación hacia el páncreas, y pude al fin diagn
grave pancreopatía, de la que murió el enfermo); analic
nas y véase si contienen azúcar, indican, oxalato de c
cantidad, y muy especialmente los cristales pancreátic
la variedad á que pertenecen; en una palabra, explórese
anatómica y fisiológicamente, y se llegará, con pacienci
descubrir y por ende diagnosticar la pancreopatía crónic
terminar lo referente á ésta sin agregar que las hepat
megalias la acompañan en muchos casos, obedeciendo l
á la obstrucción del conducto colédoco, la que, si persiste
po, puede acarrear una cirrosis del hígado. El aumento
del bazo ha sido observado por Robson, entre otros auto

Cálculos pancreáticos.—Siguiendo el orden establecí
dro de las pancreopatías, debía estudiar á continuación
sias del páncreas; pero entiendo que es mejor y más
tratemos ahora de la calculosis pancreática, por ser ésta
de aquéllas, pues que, según la opinión general, requier
tencia de una inflamación del tejido glandular, sin cuy
no es posible la formación de los cálculos, á la manera
ocurre en las calculosis hepáticas, que necesitan ó rec
causa una previa alteración de las vías biliares. Ha l
que se viene estudiando la calculosis pancreática. Giu
en su importante trabajo, dice que el primero acerca de
tante asunto data desde el siglo XVII, en que ya se regist
vaciones de cálculos del páncreas; también Merklin,
del XIX, presentó otro trabajo en el que se refieren dos

Digitized by Google

tarde apareció el de Elliotson completando lo hecho hasta entonces y registrando un número mayor de ejemplares. A partir de estas interesantes comunicaciones, el material científico ha aumentado progresivamente, hasta que en nuestros días es grande é interesante la labor acumulada; de tal modo, que permite estudiar y establecer algunos principios respecto al número de los cálculos, su forma, tamaño y asiento, y también acerca de la patogenia y sintomatología.

Raramente los cálculos pancreáticos son solitarios, sino que se encuentran varios en un mismo individuo, alojados, generalmente, en el conducto mayor al desembocar en el común; aunque también se les observa en los de segundo orden, ya libres, ya incrustados en las paredes de los mismos ó bajo la forma de arenillas infiltradas en los conductillos finos ó en las paredes de los acinis, como tuvimos ocasión de observar en aquella operada nuestra consignada en conferencias anteriores. Las formas de los cálculos, á imitación de lo que sucede en otros órganos, es muy variada: ya adoptan el tipo esferoidal, ovoídeo y cúbico—más raro,—ya son completamente lisos ó de superficie muy rugosa ó desigual, ó adoptan el aspecto coraliforme ó arborescente.

Según las manifestaciones de todos los autores, los cálculos pancreáticos están formados de carbonato y fosfato de cal y sustancias orgánicas, como la leucina, xantina, tirosina y colesterina, si bien esta última existe raramente y sólo cuando coincide la calculosis pancreática con la retención biliar por obstrucción del conducto común. El dato más importante, aquel que tiene un valor patogénico grande en cuanto á la composición química se refiere, es que el elemento inorgánico que constantemente entra en la formación de los cálculos es el carbonato de cal, precisamente un compuesto químico que no existe en el jugo pancreático en el estado normal; hecho que demuestra, por modo evidente, que aquellos cálculos no se forman por la precipitación de las sales contenidas en el jugo, sino que es necesaria la intervención de otros factores para explicar su patogenia.

El problema de la patogenia de la calculosis pancreática puede plantearse en los siguientes términos: si la retención y precipitación de los principios químicos disueltos en el jugo pancreático no bastan á explicar el origen de los cálculos, ¿qué otros factores intervienen en su formación? Dícese que las alteraciones encontradas en la glándula son primitivas ó secundarias; es decir, que son causa ó efecto de su presentación. ¿Es admisible esto? Entiendo que no. ¿Quién puede deslindar los campos? Las lesiones encontradas adoptan siempre los caracteres de una inflamación crónica, ó una degeneración grasienta, ó ambas á la vez. ¿Quién puede afirmar que son primiti-

Digitized by Google

vas unas veces y consecutivas otras? Si los cálculos contienen principios químicos cuya presencia no se ha podido demostrar en el estado normal, ¿no habla esto en favor de la opinión que supone en la glándula una previa alteración anatómica y funcional? Y si las primeras son inflamatorias y degenerativas, ¿no es lógico pensar que son siempre primitivas, siendo la calculosis consecutiva? Esta es nuestra creencia, ya que entendemos que la pancreatitis crónica altera la función y puede obstruir ó dificultar el libre derrame del jugo pancreático, reuniéndose de este modo los dos elementos ó condiciones necesarias para la formación de los cálculos: cambio morfofuncional y retención. Ambos estados, á su vez, pueden ocasionar la dilatación de los conductos pancreáticos por obstrucción, que es lo mismo que observamos en los conductos hepático y colédoco cuando un cálculo se detiene ó enclava en ellos, especialmente en el segundo.

Difícil es trazar la *sintomatología* correspondiente á los cálculos del páncreas, porque el cólico pancreático simula el hepático, mucho más si se asocian ambos. Ni la forma y comienzo del ataque, ni el dolor, ni el aumento de volumen del hígado, ni la presencia ó ausencia de la ictericia, sirven para caracterizar ó diferenciar el uno de la otra. La ictericia puede existir ó presentarse igualmente en el hepático que en el pancreático; la falta de ella no dice nada en favor del primero ó del segundo, porque si el cálculo es pancreático bastará que descienda al conducto común para que sobrevenga la retención biliar; y si ésta no se presenta porque aquél se mantiene en la glándula ó sus conductos, tampoco indicará esto la probabilidad de que el cólico sea pancreático, porque el mismo cuadro se presenta en el hepático abortado ó el vesicular. La salivación y la diabetes son síntomas que algunos clínicos entienden que ayudan á valorar el diagnóstico; sin embargo, no debe confiarse mucho en ellos porque es infrecuente su presentación, y acompañan también á los cólicos hepáticos cuando provocan ó despiertan una pancreatitis sin cálculo pancreático, consecutiva al proceso del hígado. No obstante estas dificultades, es posible llegar á formular el diagnóstico si se recogen bien los antecedentes, se estudian detenidamente los síntomas y se agregan dos importantes elementos de juicio: los cristales pancreáticos y los rayos X. Respecto á estos últimos no tenemos experiencia personal; pero si es cierto lo que el Dr. Robson ha revelado en el pasado año, bien podemos afirmar que la radiografía es un poderoso y utilísimo medio de diagnóstico de los cálculos pancreáticos. Estos son opacos para los rayos X por contener carbonato de cal, mientras que los biliares se dejan atravesar por dichos rayos; de modo es que si se radiografía un enfermo que padece de una afección calculosa cuyo diagnóstico de asiento es difícil, y se obtie-

Digitized by Google

ne la presencia del cálculo, podrá afirmarse que el cólico es pancreático y no hepático; y con doble motivo si existen en las orinas cristales pancreáticos y las deposiciones son esteatorreicas y azotorreicas. Ninguna duda restará cuando se tenga la suerte de encontrar un cálculo arrojado por el conducto intestinal, porque bastará analizarlo químicamente, y si contiene carbonato de cal se tratará seguramente de un cálculo pancreático, mientras que si resultara formado de colesterina sería hepático, porque aquél no la contiene. Sin embargo, será útil consignar, para evitar toda causa de error y duda, que en algún caso especial el cálculo pancreático puede contener colesterina: esto ocurrirá cuando aquél se detenga en el conducto común ó en la ampolla de Vater, condición abonada para que la bilis se retenga y la superficie del cálculo se recubra de colesterina; pero con un poco de atención, el análisis demostrará que el cálculo en su mayor parte se compone de carbonatos, y que aquel principio tan sólo existe al exterior y en pequeña cantidad; caracteres ambos suficientes para distinguirlo del hepático.

Quistes.—Es la afección más quirúrgica entre las del páncreas, y sin embargo, por varios motivos tiene una historia relativamente corta. El temor á la franca abertura del vientre en los tiempos prelisterianos ha sido la causa principal del desconocimiento de la enfermedad quística del páncreas, pues que se dejaban inoperados muchos quistes abdominales, y los pocos sometidos á intervención quirúrgica eran tratados por punción ó mediante pequeñas aberturas, que no permitían la necesaria y utilísima exploración facilitada por la moderna laparotomía, que suministra preciosos datos acerca del asiento, origen, naturaleza, etc., etc., de los tumores abdominales. Así es que puede afirmarse que se operan muchos quistes que eran pancreáticos por su asiento y por su origen, quedando, no obstante, ignorados hasta para los mismos operadores.

Los quistes pancreáticos pueden clasificarse en tres grandes grupos: 1.°, por retención; 2.°, neoplásicos; 3.°, por congestión ó apopléticos; yo llamaría á los incluídos en las dos últimas agrupaciones *pseudo-quistes pancreáticos* ó *falsos quistes*.

Quistes por retención.—Como su nombre indica, deben su origen y existencia á la retención de la secreción glandular, cuya salida es dificultada ó completamente impedida por cualquier causa (cálculo, neoplasia, inflamación, adherencias, etc., etc.). Bien que la doctrina de la retención es generalmente la más aceptada, sin embargo, ha experimentado modificaciones ante los resultados experimentales, que demuestran que no basta la retención para explicar la formación de los quistes, si que precisa la intervención de algún otro elemento. La ligadura de los conductos pancreáticos, llevada á

Digitized by Google

cabo en diferentes animales, nunca dió nacimiento á un c
sólo á una dilatación del conducto ligado. Estos resultad
mentales dieron lugar á que Senn creyera que el factor r
tante de la producción de los quistes pancreáticos era la c
obstáculo á la absorción del jugo pancreático, que deper
un cambio químico de este jugo, provocado por la agrega
guna sustancia patológica, ó á la disminución de la activ
vasos absorbentes. «La obstrucción del conducto pancrea
Senn—puede dar lugar á la acumulación de los producto
cos, pero no puede ser la única causa de la retención del
creático en una glándula por otra parte normal.» De to
ras, Senn reconoce que la estancación de la secreción p
juega su papel en el desarrollo de los quistes. Por otro la
rujano norteamericano no se ha colocado, al experimentar
las condiciones observadas en el hombre: en éste, las oc
los conductos se producen gradual, lentamente, pero no
súbito, como lo logra Senn en sus experimentos.

Es de interés recordar en este momento el importa
mento llevado á cabo por Thiroloix. Ligó el conducto a
un perro é inyectó en el de Wirsung siete centímetros
una mezcla de hollín y vaselina líquida fenicada, rese
pués la porción vertical de la glándula. A los dos meses
vientre y encontró el páncreas de color oscuro y endu
que resecó dos pequeños trozos: uno, del tamaño de dos c
de la porción esclerosada, y otro, del volumen de una ave
parte del tejido normal en la apariencia. Tres semanas
mató al perro. En el segmento esplénico del páncreas s
una gran cavidad quística que contenía un líquido tan
el agua, y un considerable número de cálculos del tam
cabeza de alfiler, duros é irregularmente formados. Las
nían un espesor de algunos milímetros y estaban forma
dos conjuntivos condensados; el conducto de Wirsung e
dilatado y relleno de pequeños cálculos. El tejido de la g
tan duro como la madera y difícil de cortar.

Comparados los resultados de este y otros parecidos
tos con lo observado en el hombre, se puede casi afir
desarrollo de los quistes pancreáticos obedece á la influe
factores principales: *a)* la dificultad ó imposibilidad del
la secreción pancreática; *b)* á un proceso de pancreatitis
mayor ó menor intensidad.

Varias son las causas que pueden entorpecer el libre
la secreción, pero que todas ellas giran alrededor de est
cipales grupos: 1.°, obstrucción del conducto; 2.°, com
mismo. Así es que la pancreatitis crónica del tipo escler

Digitized by Google

proceso más abonado y que con mayor frecuencia interviene en el desarrollo del quiste pancreático, pues se comprende perfectamente la facilidad con que las bandas esclerósicas del tejido conjuntivo pueden estrangular y obturar los conductos y conductillos pancreáticos.

Dieckhoff refiere un caso que está en relación perfecta con la doctrina expuesta. Un comerciante, de treinta y seis años de edad, se emació rápidamente, y se le encontró poco después, en el lado izquierdo del mesogastrio, un tumor oblongo, cuyo diámetro mayor se extendía de arriba abajo. Mediante una punción exploradora, se extrajo un líquido rojo-oscuro; y practicada una laparotomía, se descubrió un quiste pancreático que fué drenado. El enfermo curó. Pero dos años más tarde se presentó en el enfermo la ictericia, y poco después comenzó á sufrir de frecuentes ataques de cólico, calificados de hepáticos. A partir de estos ataques se le inició la ascitis, que aumentó rápidamente hasta adquirir el vientre un tamaño colosal. En poco tiempo perdió tantas fuerzas, que murió. En la autopsia se descubrió un páncreas duro y firme que comprimía la vena porta, y en su cabeza se encontraron los restos de las paredes del quiste operado anteriormente. El resto de la glándula presentaba todos los caracteres de una pancreatitis, conservando tan sólo en pequeñas zonas los del tejido glandular, en el que se veían cavidades más ó menos grandes que correspondían á los conductos excretores, y de los que se veía fluir un líquido purulento, y en los que también se observaron concreciones del tamaño de habichuelas.

No ha mucho tuve ocasión de ver á un enfermo en consulta con algunos distinguidos compañeros, que opinaban padecía un cáncer del estómago, bien que manifestaban no presentaba los caracteres asignados á estas neoplasias. Yo entendí se trataba de una afección pancreática, siendo el caso muy parecido al de Dieckhoff; tanto que yo me he quedado con el pleno convencimiento de que era pancreático y no canceroso; sólo ha faltado la autopsia, que en este caso no pudo practicarse por pertenecer el enfermo á la clientela particular.

No hay duda, por lo tanto, que en el desarrollo de los quistes por retención intervienen un gran número de causas, pero que todas ellas determinan ó provocan el desarrollo de una pancreatitis, que viene á ser como el terreno abonado, y la obstrucción de los conductos pancreáticos. Sin la intervención de estos dos elementos, no es posible explicar la evolución de la variedad de quistes que estudiamos.

Nada hemos de consignar respecto á los quistes neoplásicos, ya que su patogenia es idéntica á la de los observados en todas las neoplasias del resto del organismo.

Digitized by Google

¿Existe el quiste por congestión? Es decir: ¿puede ad
quiste pancreático que deba su origen á una hemorrag
tiendo que no, y por eso los coloco también en la catego
pseudo. Un quiste, en la verdadera acepción de la palabr
dos elementos anatómicos: *a*) el epitelial; *b*) el conjunt
quiste pancreático que no contenga en su interior epeliu
de, mejor dicho, no debe llamarse quiste. Que se han e
quistes hemáticos con revestimiento epitelial, es cierto; pe
la presencia de la sangre en estos quistes significa que
origen á un foco primitivo de congestión y hemorragia? D
manera: éstos son quistes por retención, quistes verdadero
interior se verificó una hemorragia por una de las infini
que pueden provocarla, á la manera que ocurre en los de
en los de otros muchos órganos. Ahora bien: pueden enco
que yo llamaría cavidades, cuyo contenido es sanguíneo
ha desarrollado á consecuencia de una hemorragia (esp
traumática) en el tejido pancreático ó en sus alrededores
paredes están formadas exclusivamente de tejido conjun
falsos quistes podrán contener también jugo pancreático,
de la hemorragia fué de intensidad suficiente para rasga
glandular.

La *sintomatología* de los quistes pancreáticos es muy
difícil de interpretar, pero no lo es tanto como á primera
diera creerse. Ofrece caracteres, á mi entender, sufici
claros, ya que no patognomónicos, para poder llegar á fo
diagnóstico exacto que guíe nuestras determinaciones qu
Se presentan en ambos sexos con la misma frecuencia, y
van generalmente en las edades medias, sin que esto sign
no puedan desarrollarse también en otras edades.

El desarrollo es lento, de tal suerte, que desde que
hasta que adquiere tamaño suficiente para llamar la at
enfermo y del cirujano, transcurre un tiempo bastante la
meses, ya de años, según que obedezca ó no á causas tra
Estas suelen dar origen á los quistes de rápido crecimi
cuando esto sucede la afección no es propiamente un quis
pseudo-quiste, que pertenece á la variedad de los hema
embargo, el traumatismo puede también dar lugar á
lentísima evolución, pues que pasan primero por el perío
creatitis traumática, que coloca al tejido pancreático en
nes abonadas para el desarrollo de un quiste. Sin embarg
titud en la evolución del proceso quístico es el carácter
ralmente observado, y por esto entendemos que la sinto
abarca dos períodos perfectamente claros y diferenciables
llamaré *pretumoral*, y otro en que el aumento de volum

Digitized by Google

ceptible, ya al tacto, ya á simple vista, y que merece el título de periodo *tumoral* ó quístico propiamente dicho.

Durante el *período pretumoral* se observan síntomas locales y generales, que pertenecen más bien al proceso inflamatorio que al cístico. Aparecen, en primer lugar, los trastornos digestivos, caracterizados por la dificultad de la digestión, especialmente de ciertos alimentos—azoados y grasos,—dolores epigástricos de mayor ó menor intensidad, localizados en el segmento superior del abdomen, aunque algunas veces se generalizan y no suelen faltar algunas náuseas y también vómitos. Consecutivamente á estas perturbaciones dispépsicas aparece la desnutrición, que avanza lentamente, pero sin cesar ni detenerse; de tal modo, que hace pensar en un grave y profundo proceso neoplásico maligno. Unos y otros síntomas alcanzan más ó menos intensidad y gravedad, según sea mayor ó menor el territorio pancreático atacado. Así es que los dolores, irradiándose y localizándose en otros órganos alejados, como los riñones, hígado, región cardíaca, etc., simulan cardialgias, hepatalgias y nefralgias que inclinan el ánimo á pensar en afecciones propias de los respectivos órganos. Tuve ocasión de observar un enfermo que aquejaba dolores paroxísticos en el riñón izquierdo, acompañados en ocasiones de angustia cardíaca, que alcanzaban el tipo de verdaderas cardialgias; y cuyas orinas, normales generalmente, solían dejar de tarde en tarde un ligero poso rojizo en el orinal. Pensé yo, y conmigo cuantos tuvieron ocasión de tratarle, que era un artrítico con tendencia á padecer de cólicos nefríticos. Este enfermo había gozado siempre de salud excelente, hasta que tuvo una caída de un caballo, recibiendo un golpe en el epigastrio. A partir de este accidente comenzaron todas las molestias, que durante dos años se limitaron á las consignadas; á éstas se asociaron más tarde los trastornos digestivos, la pérdida de carnes y el dolor fijo y constante en el epigastrio. Ultimamente, á los dos años y medio de enfermedad, y no obstante haberle manifestado en anteriores entrevistas que su afección no pertenecía á mi parroquia, se volvió á presentar en mi consulta manifestándome que lo hacía porque tenía un tumor en el vientre. Mi sorpresa fué grande cuando confirmé la existencia del mismo y su localización por debajo del apéndice xifoides, quedando el estómago y duodeno rechazados abajo. Los dolores habían desaparecido, sintiendo tan sólo las molestias naturales correspondientes á la presión del tumor, que tenía todos los caracteres de un quiste subdiafragmático de arranque profundo; tanto, que su polo posterior se tocaba por detrás del estómago, y asentaba sobre la columna vertebral en la región del páncreas. Me incliné á formular el diagnóstico de quiste pancreático, tras de muchas dudas y detenidas exploraciones; y después que practiqué el análisis de la

Digitized by Google

orina y descubrí la existencia de los cristales pancreátic
mé en mi juicio: tan sólo me falta la confirmación opera
el enfermo no se decidió por la intervención. De todas
evidente que los fenómenos observados durante dos añ
ligados al desarrollo de un quiste perfectamente comprob
últimos tiempos del padecimiento.

Los dolores paroxísticos ó continuos pueden ser tan
tensos y violentos que simulan el tipo de cólicos hepático
cos, llegando á determinar desfallecimientos y colapsos
comprometer la vida del enfermo. Este tipo de dolor, cua
senta, es de gran significación clínica, porque, según Le
racterístico de los quistes pancreáticos, ya que no se
ninguna otra clase de tumores quísticos de localización s
lical. No lo afirmaré, porque no tengo experiencia sufi
ello; pero sí consignaré mi creencia de que el tipo de cóli
cribo es sintomático de los quistes que nacen ó se desarr
pensas del conducto de Wirsung y son provocados por
enclavado en el mismo ó por otra cualquier causa q
ya, temporal ó permanentemente, aquel conducto panc
todas suertes, repetiremos que la evolución quística
sorda, callada y sin ninguna manifestación dolorosa,
que los dolores acompañan lo mismo al período pre
moral.

La desnutrición, el enflaquecimiento y la emaciación
ñeros inseparables de los quistes pancreáticos, obedecie
yor ó menor graduación al volumen del tumor, á la c
páncreas invadida, á la calidad del tejido lesionado—
Langerhaus—que provoque ó no la glucosuria, y á las a
y perturbaciones acarreadas á los órganos inmediatos ó
páncreas, como las compresiones del conducto colédoco
causar ictericia más ó menos intensa, las del estómago, p
transverso, etc., etc.

Algunos de los síntomas que venimos consignando s
á medida que el proceso adquiera caracteres quísticos y
entra de lleno en el *período tumoral,* y puede apreciarse
ó por la vista. En este momento evolutivo los síntomas
aclaran y facilitan el diagnóstico. El quiste, según que a
la cabeza ó cola del páncreas, tomará posiciones distinta
domen: unas veces será central, otras lateral, ya superi
rior, que son los cuatro tipos principales en cuanto á la
pada se refiere. (Consúltense las figuras 15, 16, 17 y 1
gunda conferencia.) En general, la situación de los qui
frecuente en el lado izquierdo que en el derecho, porque
mayor frecuencia en la cola del páncreas que en la cab

Digitized by Google

una variedad hipogástrica, cuya presentación es rara, pero que debe consignarse, en evitación de errores diagnósticos. Esta variedad de quiste ocupa el hipogastrio, es muy movible y simula un tumor del gran epiplon ó un quiste ovárico.

La matitez y la timpanización serán diferentes según la localización de los quistes, como ocurre en los abscesos pancreáticos, pudiendo aplicarse á aquéllos cuanto dijimos acerca de dichos síntomas y su investigación al estudiar las supuraciones enquistadas del páncreas.

La movilidad es escasa, salvo en el excepcional tipo hipogástrico, fijeza que es explicable si se tiene presente la del páncreas, su profunda situación, y que en rarísimas ocasiones se pediculiza el quiste de este órgano.

La superficie es lisa en la mayoría de los casos; pero en alguno podrán apreciarse abolladuras si el quiste es adenomatoso ó de múltiples cavidades.

No siempre es fácil descubrir ó patentizar la fluctuación, porque es tanta la cantidad de líquido contenida que la tensión es grande, dificultando esta investigación; esto ocurre con mayor motivo si el quiste está situado profundamente y cubierto por las vísceras vecinas.

En general, el diagnóstico de los quistes pancreáticos se basa en tres elementos: *a)* historia ó evolución (traumatismo ó síntomas de pancreatitis en el período pretumoral); *b)* análisis de la orina; *c)* tumor y sus relaciones. Creemos, y no titubeamos en manifestarlo, que si se analizan con detenimiento y espíritu investigador todos aquellos elementos, el trabajo del clínico podrá verse coronado por un diagnóstico, ya que entre las enfermedades del páncreas la quística es la más diagnosticable.

Para terminar lo referente á la sintomatología y diagnóstico, y no dejar ningún cabo suelto, debemos decir cuatro palabras sobre ciertas rarezas de asiento que obedecen á las correspondientes anatómicas, como:

1.° Páncreas accesorios.

2.° Anomalías del páncreas (separación cabeza y cola).

3.° Ectopias pancreáticas (caso de Dobrzycki de 1878, debido á caída de una altura en hombre de cincuenta y seis años.—Otro caso de páncreas invaginado en canal intestinal.

Compréndese, sin grandes dificultades, que todos los quistes que se desarrollan en cualquiera de aquellas tres variedades anatómicas del páncreas presentarán una sintomatología especialísima que dificultará el diagnóstico sobremanera. Sin embargo, la exclusión nos servirá de mucho para salvar estas dificultades.

Digitized by Google

NEOPLASIAS

El carcinoma, sarcoma, adenoma, linfoma y granulom
presentarse en el páncreas; pero podemos afirmar que,
primero, los demás son poco frecuentes y no tienen un ver
terés clínico, como ocurre con el cáncer.

Carcinoma.—¿Es esta neoplasia tan frecuente como se
to hasta nuestros días? No obstante ser esta la opinión
por los autores en todas las obras clásicas, opino que no
tiempo irá demostrando que muchos de los enfermos diag
de cáncer pancreático no lo son, y si sufren de otras afec
pecialmente de pancreatitis crónica, que fácilmente se
con el cáncer por ser sus manifestaciones muy parecidas
tes, siendo diferenciables en la clínica tan sólo por la du
hoy en adelante, estas dos afecciones se diferenciarán má
medida que los medios de exploración é investigación va
más exactos y precisos.

El cáncer pancreático es primitivo ó secundario, bie
es, con mucho, el más frecuentemente observado. El pri
que verdaderamente nos interesa, pues que el secundari
ta después de haber diagnosticado el correspondiente
primitivamente atacado—estómago, duodeno, hígado, etc

El cáncer pancreático puede adoptar el tipo escirroso
loide, siendo éste el menos frecuente, y muy raro el me
casi siempre es debido á trasportes metastásicos. Puede
verse sobre la cabeza, cuerpo y cola; variedades anató
ofrecerán manifestaciones sintomáticas distintas: siendo
el fenómeno que caracterizará al primero, por compres
conductos biliares; la ascitis y los edemas de las extrem
compañeros del segundo, por la facilidad con que llegan
mir las venas cava y porta; y el silencio evolutivo en me
desnutrición rápida, los síntomas que corresponden á la
riedad anatómica, ó sea á los cánceres de la cola. Dentr
tres variedades, la frecuencia mayor corresponde á la ca

El tamaño del carcinoma pancreático no suele rebasa
huevo de gallina, pues raramente se encuentran tipos
tumoraciones; por eso se citan como excepciones los ca
rrier, Sauter, Ish-Wall, que tenian, respectivamente, el
una cabeza de adulto, de un puño y de una cabeza de fe

Son frecuentes las asociaciones en esta afección p
pues á medida que el cáncer avanza va invadiendo los
cinos, observándose entonces una sintomatología asociad
ticipa de aquella invasión de la vecindad.

Digitized by Google

La etiología del cáncer pancreático es verdaderamente desconocida, como ocurre con la del cáncer en general. Todas las teorías propuestas para explicar el origen y desarrollo del cáncer han experimentado sus alzas y bajas en cuanto á su importancia y exactitud: la doctrina bacteriana, muy en boga en estos últimos años, parecía derrotar en toda la línea á la de los gérmenes embrionarios con sus múltiples modificaciones, que parece vuelve á estar en alza en estos últimos tiempos, si bien sus bases fundamentales han cambiado mucho, pues que se la somete á las leyes generales de la biología, y se tiende á demostrar, por las vías experimentales y biológicas, que la neoplasia en general y, por ende, el cáncer obedecen á desviaciones biológicas de la multiplicación y crecimiento celulares determinadas por causas casi desconocidas hasta ahora, pero nunca por la ingerencia de gérmenes patógenos vivos. Aunque soy el menos autorizado entre los que sostienen estas últimas opiniones, sin embargo, entiendo que se está en el verdadero camino para la investigación del cáncer y para llegar al descubrimiento de lo que sea esta neoplasia.

Los trabajos acumulados en este sentido son muchos y valiosos, siendo los de Hausemann sobre el interesantísimo fenómeno de la división celular en el cáncer, la kariokinesis y mitosis atípicas, uno de los más útiles, profundos y positivos, porque vienen á apoyar la doctrina que sostiene que la neoplasia no es otra cosa que una desviación de las funciones celulares. Otros muchos materiales ha aportado á la resolución de problema tan difícil la experimentación biológica; es posible que pueda comunicar á mis lectores—no sé cuándo, pues la vía experimental es tarda en resultados—algo referente á este asunto, pues, aunque modestamente, también emprendí este estudio, que tanto preocupa á todo el mundo. De todas suertes, no es este el momento oportuno para desarrollar tema tan interesante.

La sintomatología del cáncer pancreático es muy variada, dependiendo, ya del asiento—cabeza, cuerpo ó cola,—ya de las asociaciones que resultan de la participación de los otros órganos que pueden ser invadidos por el carcinoma primitivo del páncreas. Los síntomas pueden dividirse en tres categorías: 1.ª, por alteración de la función del páncreas, sus nervios y sus conductos, debida á los cambios anatómicos del tejido glandular; 2.ª, por alteración de la función de los órganos vecinos, provocada por el crecimiento del tumor; 3.ª, por las metástasis y carcinosis general. Los correspondientes á los dos primeros grupos están estudiados en la sintomatología general, y los inherentes al tercero son conocidos por todo clínico; así es que creo innecesario estudiarlos particularmente, evitando así repeticiones inútiles.

Digitized by Google

TRAUMATISMOS

El páncreas está tan profundamente situado, y por l
defendido por los órganos que le rodean, que difícilmen
influencia de los agentes y acciones traumáticos; y cuan
rre, casi siempre la lesión de la glándula va acompañac
alguna ó algunas de las vísceras que la ocultan.

Las lesiones traumáticas del páncreas son ó subcutá
herida exterior. Las causas principales de las primeras
de un caballo, la compresión entre los topes de los vagon
carril, ó, por último, las ruedas de cualquier vehículo qu
encima del paciente. Todas ellas pueden dar lugar á rot
menos extensas del páncreas, que provocan hemorragias
dar lugar á la formación de los pseudo-quistes de que h
párrafos anteriores.

El reconocimiento de las lesiones traumáticas subcu
páncreas es muy difícil, por no decir imposible; tan sólo
ponerse teniendo en cuenta la intensidad del traumatism
del mismo; pero no podrá afirmarse hasta el momento
abra el vientre y se reconozca el origen de la hemorragi

Las heridas penetrantes de vientre sobre la región pa
por arma de fuego ó instrumentos cortantes—van tambi
ñadas, generalmente, de heridas del estómago, duod
transverso, hígado, etc. No son frecuentes, pues se regi
pocos casos, ya porque realmente sean raras, ya porque
reconocido por llamar más la atención de los cirujanos lo
de los otros órganos interesados por el arma. El derrame
miento del jugo pancreático será el elemento esencial pa
el diagnóstico, como ocurrió en el caso que hemos citado
las anteriores conferencias, si es que no se estableció ant
al practicar la laparotomía de urgencia.

Por lo que llevamos expuesto en la etiología y sintoma
neral se comprenderá que todo traumatismo del páncreas
y sin ella, puede ir acompañado de hemorragia pancreá
gangrena grasienta á consecuencia del derrame del jugo
co en la cavidad abdominal.

TRATAMIENTO

Hacer un estudio completo de la terapéutica médica
ca de las pancreopatías nos llevaría muy lejos y requer
tiempo d[illegible] disponemos. Así es que creo más conve
sentar un resumen en el siguiente cuadro:

Digitized by Google

- **Indicaciones.**
  - Modificar el estado general.
  - Desinfectar.
  - Desaguar.
  - Desobstruir.
  - Extirpar.

- **Indicados...**
  - Médicos.
    - Morfina
    - Ioduros.
    - Cloruro de calcio .... Para evitar las hemorragias.
    - Organoterapia (pancreón, jugos pancreáticos, etcétera).
  - Quirúrgicos..
    - Cirugía (vías biliares).... Coledocotomía. Hepaticotomía. Colecistotomía, etc., etc.
    - Cirugía (vías pancreáticas)..... Litotomía.... De Wirsung. De Santorini. Pancreática.
    - Duodenostomía.
    - Pancreoectomía.
    - Pancreotomía.
    - Gastroenterostomía.
    - Desagüe á través del mesocolon.

- ***Inflamaciones.***
  - Primitivas (médicas).
    - Catarrales.... Inflamatorias. — Tratamiento médico: leche, desinfección intestinal.
  - Consecutivas...
    - Agudas.
      - Hemorrágica. Necrósica.... Supurada.... — Acompañadas de obstrucción duodenal ó del colon, por compresión..... — Laparotomía y desagüe á través del mesocolon.
    - Crónicas.
      - Intersticial... Cirrosis..... — Por obstrucción del colédoco..... — Colecistotomía. Coledocotomía. Hepaticotomía.
    - Agudísimas...
      - Incisión supraumbilical ó costovertebral. — Pancreotomía ó desbridamiento del tejido pancreático.
    - Subagudas (supuradas)...
      - Laparotomía y apertura del absceso, sola ó seguida de coledocotomía, hepaticotomía, litotomía sobre el conducto de Wirsung ó pancreotomía, si la causa es la existencia de un cálculo en alguno de aquellos conductos.

- **Pancreatitis traumática.**
  - Si no sobreviene infección.....
    - Reposo prolongado.
    - Pulverizaciones epigástricas de éter.
    - Dieta de leche.
  - Si sobreviene infección. — Laparotomía.
    - Con simple desagüe á través de la pared abdominal.
    - Desagüe por las vías hépatobiliares.

Digitized by Google

Pancreatitis por úlceras del estómago.....	Gastroenterostomía, sola ó acompañada de col si los conductos pancreáticos y hepáticos pe la infección.
Quistes.....	Extirpación (rarísima vez podrá ejecutarse). Evacuación y marsupialización.
Neoplasias..	Extirpación..... Las pocas veces que ticado, ha terminí muerte de los oper
	Desagüe biliar..... Cuando la compresi conductos biliares ictericia (paliativo
	Gastroenterostomía ó yeyunostomía..... Cuando la compresi determine obstruc nal.
Traumatismos.....	Laparotomía supraumbilical y desagüe á travé colon.

Basta estudiar con algún detenimiento los anteriores recordar cuanto hemos expuesto sobre la patología del para comprender que toda la terapéutica tiene como fu esenciales el tratamiento de la infección y de la obstrucc las pancreopatías primitivas, ya en las consecutivas á l nes gastro-duodeno-hepáticas.

Para terminar estas conferencias, y cumpliendo lo sólo me resta consignar, por vía de apéndice, la técnica por Cammidge para la investigación de los cristales par Dos son las reacciones que este autor aconseja, y que titu porque ambas se completan.

Reacción A.—Se filtra la orina y se toman diez centí bicos, que se colocan en un pequeño matraz; se agrega u tro cúbico de ácido clorhídrico fuerte, y se coloca un pe budito de cristal en el cuello del matraz, embudo que har de condensador. El matraz se pone sobre un baño de hierve el todo suavemente durante diez minutos, á conta momento en que se ha observado el primer signo de Agréguense entonces cinco centímetros cúbicos de orina otros cinco de agua destilada, y enfríese el todo por med corriente. Logrado el enfriamiento, se neutraliza el exces añadiendo lentamente cuatro gramos de carbonato de transcurridos unos minutos hasta que se ha terminado guiente reacción, se filtra la orina así tratada, lavando con cinco centímetros cúbicos de agua filtrada, que t vierten sobre el filtro. A este líquido filtrado se añaden d de acetato de sodio pulverizado y setenta y cinco centi

Digitized by Google

clorhidrato de fenilhidracina; la mezcla resultante se hierve durante tres ó cuatro minutos en el baño de arena, y caliente se la traslada á un tubo de ensayo en el que se deja reposar el líquido durante cuatro ó veinticuatro horas, según la urgencia del caso. Transcurrido este tiempo, se puede observar en el fondo del tubo un depósito amarillento formado de copos. Este precipitado se analiza al microscopio, y si la reacción es positiva se descubren cristales en forma de haces y rosetas de color amarillo de oro.

Reacción B.—Se toman veinte centímetros cúbicos de orina filtrada y se mezclan con la mitad de su volumen de una solución saturada de percloruro de mercurio; transcurridos unos minutos se filtra la mezcla, de la que se toman diez centímetros cúbicos, que se tratan de la misma manera que en la reacción A.

CASO RARO DE QUELOIDES

DESARROLLADO EN UNA CICATRIZ DE FÍSTULA DE ANO

POR EL DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

El 17 de Octubre del año 1904, se presentó en nuestro Dispensario del Instituto Rubio de Terapéutica Operatoria, recomendado por el Dr. Alcón, un joven de regular estatura, color trigueño y buen aspecto exterior.

Preguntado por los motivos que le obligaban á reclamar nuestros auxilios, manifestó que padecía una afección de ano, que le molestaba al extremo de impedirle trabajar, por lo cual quería ponerse en cura, si esto era posible.

Anotado en el libro de registro con el número 623, se le dió entrada, previo minucioso reconocimiento, en la sala de D. Agustín García Andradas, el día 7 de Diciembre, y he aquí á continuación los datos anotados en su hoja clínica.

Pablo Fuentes, de diez y siete años de edad, jornalero de campo, natural de Perales de Tajuña, provincia de Madrid.

Sus padres viven, y gozan de buena salud.

Ha tenido cinco hermanos, de los cuales ha muerto una niña á los cuatro años de edad; no recordando la enfermedad ocasional del fallecimiento, por ser entonces muy pequeño.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

De edad de diez años, próximamente, padeció unas viruelas discretas que le duraron pocos días; á pesar de no estar vacunado, de-

Digitized by Google

bieron ser muy benignas, pues no solamente se restable
sino que no le dejaron huella alguna de su paso.

No recuerda ninguna otra enfermedad de importancia
alguna que otra indigestión motivada por abusos en el ré
menticio.

ESTADO ACTUAL

Refiriéndose á su estado actual, hizo constar que, en
Enero del año 1903, empezó á notar como pinchazos en
quierdo del ano; á los quince ó veinte días se le presen
nito, y diez días después otro cerca del primero, que le
sentarse, acompañados de prurito y dolores cada vez m
por lo cual se vió obligado á llamar al médico de la locali
recetó unas medicinas, entre ellas calas (supositorios), cu
no recuerda, *reventándosele* con ellas primero uno y desp
notando entonces algún alivio, si bien pasajero.

Como quiera que, desde dicha época, no dejaban de
ocasionándole bastante desazón, y que los dolores (cuand
ban, cosa que le había sucedido varias veces) le hacían pa
tante, resolvió venir á Madrid con objeto de hallar alivi
lestias.

Con estos antecedentes, pasamos á examinar la lesión,
dole en posición de Sims, apreciamos en la margen izq
ano, y como á cinco centímetros de su orificio, un trayect
y más hacia afuera, próximamente á igual distancia,
misma forma y aspecto que el anterior. Introduciendo un
el más externo no comunicaba con el otro, al parecer, y
trayecto oblicuo de unos diez centímetros hasta la fosa is
en donde denunciaba la existencia de un gran foco, pue
con bastante libertad en todas direcciones. Introduciend
trayecto—ó sea el más interno—un nuevo estilete, sin
colocado, seguía una dirección completamente horizontal
tical estando de pie el enfermo, y rasando el esfínter te
el mismo foco que el otro, pudiéndolo apreciar claramen
ambos por acusar la sensación de contacto. Ni con el esp
ni con el dedo introducido en el recto, se notaba nada en
pero inclinando cualquiera de las sondas hacia el pun
hacían relieve, y entonces se percibía perfectamente el
ducido por el aparato, calculando que el espesor que lo
era tan sólo el de la mucosa.

Con estos datos, diagnosticamos el caso de *absceso d*
quio-rectal izquierda por foliculitis ascendente.

Hecho ya el diagnóstico, el tratamiento se imponía

Digitized by Google

nera clara y terminante. ¿Debía ser médico? O, por el contrario, ¿debía dársele la preferencia al quirúrgico? Desde luego optamos por el segundo, dadas las condiciones en que estaba el proceso; pues no hubiera sido lógico creer en la eficacia de las inyecciones de aceite iodoformado, glicerina fenicada, etc., etc., dada la amplitud del antro supuratorio, que llegaba á la misma mucosa por encima del esfínter, punto de elección para las perforaciones internas, por el roce que produce cuotidianamente el paso de los excrementos al efectuarse la defecación, cuanto por la virulencia que adquiere el *bacilus coli* al encontrar terreno abonado para su desarrollo.

Decidida la intervención, previa desinfección intestinal por medio de purgantes é irrigaciones altas y abundantes de agua esterilizada, se practicó en 9 de Diciembre, del siguiente modo:

Introducida la sonda acanalada por el primer orificio fistuloso, se llegó hasta la mucosa rectal por detrás del esfínter, perforándola para completar el trayecto, é incindiendo con el bisturí el puente carnoso producido, comprendiendo á la par en este corte el segundo orificio mencionado. Separados los labios de la herida con dos pinzas de Kocher, se rasparon minuciosamente todas las sinuosidades, que fueron ampliamente cauterizadas con el termocauterio, quedando una solución de continuidad lineal de bordes iguales, aunque algo extensa, que fué rellenada con tiras de gasa aséptica, compresas de algodón hidrófilo esterilizado y un ancho vendaje en T, por ser el que mejores condiciones reúne.

Píldoras de un centigramo de opio cada seis horas, con objeto de producir el estreñimiento.

Nada digno de mencionar en el curso post-operatorio.

Primera cura á las cuarenta y ocho horas, presentando muy buen aspecto la herida.

A los ocho días, irrigación amplia con sonda rectal, que le produce una deposición abundante.

Continúa el buen aspecto de la herida.

Cura minuciosa, valiéndose del irrigador.

Suspensión de las píldoras de opio.

Se ordena la cura cuotidiana con gasa esterilizada, pero sin irrigar; consiguiéndose mantener la herida en buenas condiciones de asepsia y empezando á granular el fondo, aunque con alguna lentitud.

En los días sucesivos, hasta transcurrido un mes próximamente, la cicatriz marcha en buenas condiciones; pero á partir de esta fecha, y faltando tan sólo un medio centímetro desde el fondo de la herida hasta la superficie, la lesión empieza á tomar un aspecto de atonía grande, y sangra al menor contacto; los bordes, y especialmente el ángulo externo, empiezan á hipertrofiarse, tomando la for-

Digitized by Google

ma de una faja blanquecina y dura, que se vuelve hacia afuera en algunos sitios, y en otros hace prolongaciones hacia la piel circundante.

No hay dolores espontáneos, ni á la presión.

En este estado continuó por espacio de otro mes, sin que la más variada terapéutica lograra modificarlo en lo más mínimo; visto lo cual, corté unos trozos del tejido y los envié al Laboratorio del Instituto, para su análisis, á mi estimado colega Dr. Moreno Melgar, el cual me remitió la siguiente nota:

«La observación microscópica de los cortes practicados en el producto enviado demuestran que éste está formado, en su mayor parte, por un tejido conjuntivo adulto, muy rico en vasos, alrededor de los cuales se encuentran agrupadas gran cantidad de células embrionarias y recubierto por piel con las papilas ligeramente hipertrofiadas. La falta de fibras elásticas y los detalles estructurales antes expuestos le dan á este tejido gran analogía con el de una cicatriz.»

En un queloide cicatricial, examinado por Kohn (1), se encontraba: en primer lugar, en la parte media del tumor, un tejido cicatricial de mallas anchas, inmediatamente sobre el cual se extendía una capa tenue de epidermis, faltando, por lo tanto, las papilas; y en segundo lugar, una masa queloídea fusiforme que no sólo se hallaba incrustada en la cicatriz, sino que se presentaba en sus apéndices, y una buena parte de su cuerpo, en el corion sano y provisto de papilas normales. Existía, por consiguiente, una combinación de un queloide con una cicatriz, distinguiéndose de una simple cicatriz hipertrófica que se hallaba formada esencialmente por una red fibrosa bastante vascular y cubierta por una capa de epidermis sin papilas intermedias.

A pesar de que el *queloide* puede ser doloroso y tener su asiento en diversas regiones de la piel, manos, cuello y cara, todos los autores están conformes en que sus sitios predilectos son la región torácica y, sobre todo, el mango del esternón.

Esta fué la causa principal que me hizo recurrir al análisis micrográfico como comprobante, á pesar del aspecto típico que presentaba la cicatriz desde el segundo mes de su curso.

Dada la rebeldía de la enfermedad, por su constante tendencia á reproducirse, la elección de la terapéutica era el problema que había que plantear, escogiendo para su resolución el procedimiento que mayores probabilidades de buen éxito ofreciera.

Los emplastos fundentes de Vigo, aconsejados por Hebra; las duchas calientes alcalinas, seguidas de la compresión por medio del

(1) A. Eulenburg: *Diccionario Enciclopédico de Medicina.*

Digitized by Google

esparadrapo; la destrucción con los cáusticos potenciales, nitrato de plata, cloruro de zinc, pasta de Viena, etc., ó actuales con el termocauterio de Paquelin ó galvano de Chardin, así como la electrolisis, preconizada por Broeg y Hardaway, han sido completamente ineficaces hasta la fecha.

Buscando algo que pudiera ilustrarme en este asunto, encontré un trabajo del Dr. Pérez Ortiz (1), el cual aconseja: *extirpación total, escarificaciones cuadriláteras* ó el *método mixto*.

En la extirpación total no me ocuparé, por ser de todos conocida; y aunque á mí no me ha dado siempre resultados completos, era lo único que pensaba emplear como lo más radical, máxime tratándose de un enfermo cuyo estado general era tan satisfactorio que animaba á emplearlo.

Las escarificaciones cuadriláteras de Vidal y Besnier, de las cuales es partidario el Dr. Pérez Ortiz, me parecen muy racionales; y aunque no tengo experiencia de ellas, copio á continuación la técnica por él empleada, pues me parece digna de ensayarse, dada la rebeldía del proceso.

Dice así, en su citado folleto: «Anestesiada la eminencia keloídea por medio del cloruro de metilo, se procede á trazar sobre la induración, por medio de un bisturí de hoja estrecha (y mejor todavía de un escarificador de Desmarres, y aun podemos servirnos de una lanceta de hoja lanceolar), una serie de incisiones paralelas, todo lo más aproximadas posible y que traspasen los límites de la induración. Estas primeras incisiones, que deben seguir una dirección transversal, serán cruzadas por otras transversales también, muy unidas y que vengan á formar un ángulo recto con las primeras, resultando una verdadera escarificación cuadrilátera. La dirección de estas incisiones puede variar y amoldarse á la forma del keloide, pues si es más ancho que alto será conveniente hacer estas últimas; pero si es elíptico, muy prolongado ó en forma de cordones, como sucede en algunas cicatrices, aquéllas deberán seguir una dirección oblicua y tomar una forma muy parecida al sombreado á lápiz de algún dibujo.

»Las escarificaciones deben abarcar todo el espesor de la induración; y la hemorragia, que suele ser en algunos keloides muy vascularizados bastante abundante, se detendrá por medio de las abluciones de agua fría.

»Terminadas éstas, se cubre la superficie cruenta con algodón hidrófilo empapado en agua ligeramente fenicada ó boratada, siendo de imprescindible necesidad que los instrumentos destinados á hacer la escarificación se encuentren en el mejor estado de asepsia.

(1) *Tratamiento del keloide*, 1890.

Digitized by Google

Las curas subsiguientes á las repetidas escarificaciones
mero varía hasta hacerlo terminar, pueden ser las m
mejor será cubrirlas con una planchuela de esparadrap
que se renovará todos los días dos veces, en los interva
sesión de escarificación. Estas sesiones deberán practi
cinco á siete días próximamente, según la marcha del
docilidad del enfermo.»

Nada diré del método de Le Dentu, ó *mixto,* pues g
ha sido aplicado á los queloides espontáneos.

En una revista extranjera, cuyo título siento no reco
tré un notable artículo sobre los rayos X en las neoplasi
así como las aplicaciones del radium; y pareciéndome n
ensayar estos poderosos agentes terapéuticos, cuyas ef
caciones van siendo múltiples cada día, acudí á mi co
Instituto Dr. Vilches, persona competentísima en todo
niente á electro y radioterapia, el cual, con la cortesía q
bitual, se asoció á mi pensamiento, comenzando desd
aplicaciones auxiliado por mi ayudante Dr. Conejo de S

He aquí la nota que al final del tratamiento tuvo la
enviarme:

«El día 21 de Febrero se hizo la primera aplicación
yos X, empleando un tubo de 12 centímetros de diámet
mente. Intensidad, cinco amperios; y duración de la ex
las primeras sesiones, de cinco minutos solamente, pue
producir demasiada irritación en la superficie cruenta, i
proteger. Con objeto de remediar en lo posible este incon
región fué cubierta con una plancha de plomo adaptable
ficie curva de las partes, con un orificio en su centro qu
descubierto el queloide y un margen de piel de cinco
próximamente.

»Las aplicaciones se repitieron dos veces por seman
tercera sesión se produjo ya una ligera hiperemia, que
se convirtió en una verdadera dermatitis; la cual, sin alc
intensidad, nos indujo á suspender las aplicaciones du
dos semanas. Creyendo que la plancha de plomo, por su
tación al sitio de la neoplasia, no protegía bien las part
tes, se reformó dicha protección, colocando alrededor del
especie de coraza formada por gasas y escayola.

»Las sesiones continuaron dos veces por semana, not
vez calmada la dermatitis, que el tejido queloídeo ha
nuído de consistencia y reducido notablemente su tamaf

»La influencia de las radiaciones sobre la superficie c
de ocasionar los trastornos que temimos en un principio,
tremo beneficiosa; tanto que, por indicación del Dr. Mart

Digitized by Google

procuramos separar los labios de la herida por medio de una compresa de gasa, á fin de que recibiera más directamente las radiaciones. Con este procedimiento se hizo uniformemente granulosa la superficie, disminuyendo la cantidad de pus y tomando éste un aspecto más loable.

»No conozco más que dos observaciones de aplicación de la radioterapia á los tumores queloídeos, publicados por W. J. Morton (1), en los cuales se obtuvo la curación completa; pero refiere el autor que se produjeron en ambos casos intensos eritemas que obligaron á suspender durante mucho tiempo el tratamiento, por lo cual la curación no fué definitiva sino al cabo de cuatro ó seis meses. Nosotros no hemos observado más que una dermatitis ligera que ha cedido pronto con sólo suspender el tratamiento por espacio de quince días; lo cual puede ser debido tanto á que hemos empleado un tubo de menor potencia que el usado por Morton, como á que el tiempo de exposición ha sido más corto, no pasando de doce minutos como máximum.»

En la primera decena de Junio este enfermo fué dado de alta por curación.

Dos motivos me han decidido á molestar la atención de mis compañeros publicando esta historia:

1.° La rareza del caso.

2.° Los brillantes resultados de los rayos X en una enfermedad tan rebelde á los medios terapéuticos.

Madrid, 1 Enero 1906.

NOTA CLÍNICA

ACERCA DE UNA EMBARAZADA CON ESTRECHEZ PÉLVICA

POR EL DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

Profesor de Ginecología del Instituto Rubio.

Día 9 de Noviembre de 1905.

Señores:

Uno de los problemas tocológicos de más difícil solución y de mayor gravedad es el que se refiere á la conducta que debe observar el profesor en un caso de embarazo ó parto de término con estrechez pélvica: lo primero, porque los datos en que debe fundarse la determinación del tocólogo no tienen exactitud matemática; lo segundo, porque de la intervención que sugieran estos juicios depende la vida de dos seres.

(1) *Medical Record*, May 30, August 8 1902.

Digitized by Google

Por estas razones he querido que fijéis vuestra aten
ne Martín, presentada por nuestro compañero D. Ru
chez en el Dispensario, y admitida en la clínica el dí
rriente.

Esta mujer, natural del Puerto de Béjar (Salamanca),
ta y un años de edad. En los antecedentes de familia no
particularidad alguna digna de mención. Respecto á l
dice que fué lactada por su madre hasta los dos años, y
zó á andar al año de su nacimiento; pero á consecuenc
que le produjo una quemadura, de la cual conserva cica
de las muñecas, no volvió á hacerlo hasta los tres años
recuerda que tuvo que tomar aceite de hígado de bacal
mucho tiempo.

Menstruó por primera vez á los diez y siete años, cont
un modo regular esta función, aunque escasa, hasta qu
matrimonio, el 14 de Enero del año actual. Tuvo la última
ción el 4 de Marzo, empezando á notar desde esta fecha s
embarazo.

Examinando detenidamente el hábito exterior de e
desde luego se aprecian las señales bien marcadas del
Su talla es de 134 centímetros, cuando la media, según (
la mujer española, es de 153 centímetros; su color es mo
su frente es prominente, su cara angulosa, sus pómulos sa
clavículas abultadas y nudosas como las costillas, su tó
mente abarquillado. Los húmeros ofrecen una convexida
muy marcada, y la columna vertebral un hundimiento
al nivel de la región lumbo-sacra. Los fémures tienen g
xidad externa, y las tibias, muy cortas, la presentan inte
rior, habiendo tendencia al *genu valgum*. En la bipedesta
observar que el vientre es péndulo, y, por lo mismo, el út
coloca horizontalmente, cuando en condiciones normales
ción forma con el horizonte un ángulo de 35°; dicho órg
la línea umbilical en tres traveses de dedo, y está ocupado
cuya extremidad cefálica hace este gran relieve que s
simple vista en la región hipogástrica sobre la sínfisis p
que se asemeja á la vejiga muy repleta de orina. Por la
podéis convenceros de que el plano anterior del feto se e
la izquierda de la línea alba, siendo apreciables pequeñ
cias ó partes fetales en la mitad izquierda y posterior d
así como el plano posterior del feto lo es á la derecha y a
mismo.

Por la auscultación se percibe con mucha claridad el
do cardíaco fetal al nivel del ombligo y como á dos traves
á la derecha del mismo.

Digitized by Google

Practicada la pelvimetría externa, nos da las medidas siguientes:

Diámetro	inter-espinoso ántero-superior.....	26	centímetros.
»	máximo.....	28	»
»	inter-espinoso póstero-superior.....	10	»
»	bitrocanteriano.....	31	»
»	conjugado externo ó de Baudelocq.....	19	»
»	oblicuo, desde la tuberosidad isquiática izquierda á la espina ilíaca súpero-posterior del lado derecho.....	18	»
»	oblicuo, desde la tuberosidad isquiática derecha á la espina ilíaca póstero-superior izquierda.....	17,5	»
»	desde la éspina ilíaca ántero-superior de un lado á la póstero-superior del otro...	21	»
»	desde la espina ilíaca ántero-superior á la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar.....	18	»
»	del gran trocánter de un lado á la espina ilíaca póstero-superior del opuesto.....	23	»
»	oblicuo, desde el borde inferior de la sínfisis pubiana hasta la espina ilíaca póstero-superior derecha.....	15	
»	desde el borde inferior de la sínfisis pubiana hasta la espina ilíaca póstero-superior izquierda.....	16	»

Practicando el tacto vaginal con la asepsia más escrupulosa, desde luego tropieza el dedo con dos eminencias que deforman la concavidad del sacro, convirtiéndola en convexidad, y las cuales constituyen dos falsos promontorios: uno al nivel de la articulación de la primera con la segunda vértebras sacras (falso promontorio de Michaëlis), y otro al nivel de la segunda con la tercera.

La arcada pubiana es corta y abierta, notándose únicamente que la rama isquio-pubiana derecha hace más eminencia en la excavación que la izquierda. Los fondos vaginales están libres; el cuello uterino, reblandecido, pero con su orificio bien cerrado, tiene la longitud normal; la presión de los dedos sobre la bóveda vaginal no logra tocar parte alguna fetal en el estrecho superior, ni aun empujando hacia él la cabeza con la mano izquierda aplicada sobre el hipogastrio. Es preciso deprimir mucho el periné, bajando el antebrazo á la vez que se eleva la pelvis de la mujer, para llegar con el dedo á tocar el ángulo sacro-vertebral. La pelvimetría interna, rectificada con uno y con dos dedos, siempre acusa las medidas siguientes:

Digitized by Google

Diámetro máximo, conjugado diagonal ó promonto-subpúbico..... 78
Diámetro falso promonto-subpúbico de Michaëlis..... 70
Puede, por lo tanto, suponerse que el diámetro conjugado verdadero ó promonto-pubiano mínimo, apenas mide..... 60

En vista de estos datos, podemos clasificar esta pelvi *planas raquíticas;* pero ¿á qué variedad corresponde?

Todos los tratadistas modernos describen entre las pe ticas los tipos siguientes:

Pelvis plana ó simplemente aplastada, en la cual el a to sólo afecta al diámetro ántero-posterior del estrecho su

Pelvis generalmente estrechada, que tiene todos sus acortados y puede ofrecer dos variedades, según que se *general y regularmente estrechada* (geométricamente pa normal), con una disminución en los diámetros que se 1,5 ó 2 centímetros, ó bien una *pelvis generalmente e estrechada* (menos frecuente que la simplemente aplast cho más estrechada que la anterior, por cuanto su diá monto-pubiano mínimo puede descender á 6,5 y au tímetros.

Pelvis con falsos promontorios, ó sea la *pelvis con e calonada,* de Bonnaire, en la cual el acortamiento del d sacro-pubiano de Farabeuf acompaña, tan pronto al ap simple del estrecho superior, como á un estrechamiento la pelvis.

Pelvis triangulares, de Fochier, que pueden ser gr conjunto, pero en las cuales la proyección del sacro y adelante hace inutilizable la región de la arcada pubia dimiento de las cavidades cotiloídeas. Estas pelvis, cuan de estrechez es muy avanzado, se llaman *raquíticas p maldcicas.*

Pelvis asimétricas, ó sea aquellas en que resultan de dos mitades laterales de la pelvis por cojera unilateral ó raquidiana.

Teniendo en cuenta los caracteres observados en la esta embarazada, el tipo á que corresponde es al de una *na raquítica, con estrechez escalonada,* ó sea la que rep primera y tercera variedades descritas, cuyo diámetro pubiano mínimo ó conjugado verdadero apenas mide 6 c y un mi-sacro-pubiano que tiene un centímetro menos

Conocida la estática del continente, veamos las con contenido.

El feto, que ha de atravesar este conducto pelviano

Digitized by Google

la actualidad ocho meses, está bien desarrollado, vive y se halla colocado de modo que la cabeza tiende á ponerse en relación con el estrecho superior por el parietal derecho, sin que sea posible encajarla en el mismo, á pesar de las maniobras verificadas al efecto.

Si queremos conocer el volumen de la cabeza de este feto, valiéndonos de cualquiera de los procedimientos (cálculo de Paul Dubois, palpación mensuradora de Müller-Pinard, fetometría cefálica con el pelvímetro de Tarnier-Perret), no obtendremos, sin embargo, la cifra exacta, ni casi aproximada, por las dificultades que ofrecen la movilidad de la cabeza y la tensión de las paredes abdominales para fijar ésta; y aunque se dice que descontando 25 milímetros de diámetro occípito-frontal tendremos la longitud del diámetro biparietal ó máximo transversal, si aquél no se puede medir con exactitud, tampoco resultará exacto el cálculo de reducción que hagamos para el segundo. Además, ni todos los fetos tienen el mismo diámetro biparietal á igual época del embarazo, ni es muy fácil (como hemos visto demostrado en este caso) apreciar la posibilidad de encajamiento de la cabeza en el estrecho superior, ni hay seguridad de coger con los botones del cefalómetro los dos extremos del diámetro occípito-frontal, ni tampoco es constante la relación entre este diámetro y el biparietal. En fin de cuentas tendremos que conformarnos con la suposición de que en este feto el diámetro máximo transverso ó biparietal mide aproximadamente 8 centímetros.

Tomando, pues, el caso como se nos presenta, es decir, embarazo al final del octavo mes, con *pelvis plana raquítica, de estrechez escalonada,* en la cual el diámetro promonto-pubiano mínimo mide á lo sumo 6 centímetros, y el mi-sacro-pubiano poco más de 5 centímetros; y estando vivo y bien desarrollado el feto, ¿podremos resolver el conflicto recurriendo al parto prematuro artificial solo ó auxiliado por versión ó forceps?

Desde luego contestamos que no, si queremos conseguir un feto vivo; pues una cabeza con diámetro biparietal de 8 centímetros necesita, para atravesar el conducto pelviano, un diámetro promonto-pubiano mínimo de 7 centímetros ó 6,75 como mínimo, aun contando con la reducción producida por las compresiones y favorecida por la escasa osificación del cráneo fetal. Y la misma maniobra de Champetier de Ribes resultaría ineficaz después de la versión (si ésta era posible), porque el diámetro bitemporal, que sería el primero encajado, mide 7 centímetros, y no podría atravesar un p. p. m. de 6 escasos, sin peligros muy serios para la vida del feto y lesiones graves para la madre.

Si en algún caso tiene aplicación justísima el anatema lanzado de modo tan elocuente por Pinard contra el parto prematuro provo-

Digitized by Google

cado, es seguramente en este que analizamos. Decía profesor francés, en su lección sobre «el feticidio»:

«Desde que un niño es concebido, nadie tiene el der nerse á su desarrollo; el tocólogo, siempre y en todas pa deber de protegerle lo mismo que á la madre.

»El parto prematuro artificial, además de matar cada 100, no puede producir sino inmaturos, es decir, s arrollo incompleto, que no poseen todas las aptitudes extra-uterina, y los cuales, en su mayor parte, son ca ñalados para las enfermedades y los achaques.»

Por su parte, combatiendo Paul Bar el exagerado e del profesor Pinard, dice que, aparte otros factores que á la muerte del feto en el parto prematuro provocado, domina á todos los demás, y es el grado de estrechez pél juzgar los resultados de esta operación, establece la cla guiente:

En pelvis cuyo diámetro conjugado verdadero mide d milímetros, la mortalidad infantil varía, según las es de..... 80 á 1

En pelvis de	70 á 80	milímetros,	la mortalidad	es de	53,
Íd.	de 81 á 85	íd.	íd.	es de	31,
Íd.	de 86 á 90	íd.	íd.	es de	12
Íd.	de 91 á 100	íd.	íd.	es de	8,
Íd.	de 101 á 110	íd.	íd.	es de	0

En resumen: en pelvis inferiores á 80 milímetros, lo del parto prematuro provocado son desastrosos; malos de 80 á 85 milímetros, y satisfactorios en las que cuenta tro conjugado verdadero mayor que estas cifras.

Según Bar, es preciso desechar el parto prematuro p las pelvis que miden menos de 80 milímetros y aceptarlo fianza en las de 80 á 85 milímetros; pero es una buena los casos de pelvis estrechas que miden de 86 á 90 milím celente en las que pasan de 90 milímetros. La opinión los tocólogos es contraria al parto prematuro artificial e na cuando el diámetro promonto-pubiano mínimo mid 7 ó 6,75 centímetros como límite extremo inferior, para beza de unos 8 centímetros de diámetro transversal, muy comprimida, pueda pasar á través de una pe trecha.

Aun provocado el parto prematuro, ¿podríamos term grar un feto vivo recurriendo á la sinfisiotomía ó á la pu Gigli?

En cuanto á la sinfisiotomía, que pocas veces se ha

Digitized by Google

entre el octavo y noveno mes del embarazo (en 136 casos recogidos por Rubinrot (1) sólo en 13 se practicó esta operación á los 8, 8 ½ y 8 ¾ meses), está indicada en las pelvis planas cuando el diámetro promonto-pubiano mínimo ó conjugado verdadero mide de 6,75 á 8 centímetros, si el cráneo no ha descendido todavía, estando el orificio uterino completamente dilatado, ó si no es practicable la versión, ó no puede aplicarse el forceps, ó si éste se considera peligroso por estar alta la cabeza.

En estos casos, la sinfisiotomía, auxiliada con la abducción de los muslos, que tiene por objeto determinar una relajación de las sínfisis sacro-ilíacas, produce una separación de los pubis de 3,5 y hasta 7 centímetros, con la cual gana el diámetro conjugado verdadero 1,25 centímetros. No es, pues, aplicable en nuestro caso esta operación, aparte los peligros y las complicaciones á que puede dar lugar. Todavía la mortalidad por sinfisiotomía practicada al término del embarazo es de 11,03 por 100 para las madres, y de 13,97 por 100 para los niños.

La pubiotomía por el método de Gigli, que en la actualidad hace la competencia á la sinfisiotomía, tampoco tiene indicación en el caso presente, aunque hasta la fecha se haya practicado principalmente en los de estrecheces que acompañan á la pelvis plana raquítica; pero, según una estadística publicada por Saladino (2), el diámetro conjugado verdadero media cuando menos 7 centímetros (casos de Bonardi, Gigli, Meyer, Roster); á veces, 9 centímetros (Döderlein), 8,50 (Pestalozza, Van de Velde, Toporski), separándose los muñones óseos de la pubiotomía, en la mayor parte de las operadas, 5 y, á veces, 6 centímetros al paso de la cabeza, con lo cual se obtiene una ampliación de la longitud del diámetro conjugado verdadero de cerca de 2 centímetros.

Suponiendo que provocando ahora el parto en esta embarazada recurriéramos para favorecerlo á la pubiotomía, y ganara 2 centímetros el conjugado verdadero, aún tendríamos que terminar aquél con una aplicación de forceps por encima del estrecho superior; es decir, en las peores condiciones para lograr un feto vivo. Por lo tanto, no nos queda otro recurso que la operación cesárea.

Esta tiene indicación absoluta en las estrecheces de menos de 6,75 centímetros del diámetro conjugado verdadero; pero pudiendo practicarla con ventajas grandes para el feto y en iguales condicio-

---

(1) Dr. B. Rubinrot: *Etude sur la Symphysiotomie.—Difficultées opératoires, accidents et complications.—Statistique.* París, 1899.

(2) A. Saladino: *Studio clinico ed anatomico sul taglio lateralizzato del pube.*—Comunicazione fatta alla Società Toscana di Ostetricia e Ginecologia nella seduta del 10 Luglio 1904.

Digitized by Google

nes para la madre al término de la gestación, no hay pa
currir á ella en estos momentos.

Por consiguiente, la prudencia aconseja esperar. Y
embarazo llegue á su término, no habiendo, como no hay
te, ninguna complicación que nos obligue á precipitar lo
mientos; cuando por pruebas repetidas y observación co
hayamos cerciorado de la imposibilidad absoluta de que
se encaje en el estrecho superior, entonces decidiremos
con la operación cesárea sola ó seguida de la amputac
vaginal, si la estrechez es más considerable de lo que su
la interesada y su marido así lo acuerdan, á fin de evit
sucesivos embarazos se viese privada de los auxilios del
cumbiera antes de poder recurrir á esta operación salvad
que sin ella es imposible el parto.

*
* *

Después de exponer su opinión, en un todo conforme c
tra, los profesores D. Eulogio Cervera y D. Manuel Cas
mos observando á la embarazada hasta el término prob
gestación, pudiendo confirmar que la cabeza fetal no ten
tendencia á encajarse en el estrecho superior (antes bien
ba hacia la fosa ilíaca izquierda), y que el cuello uterino
á primeros de Diciembre la misma longitud que el prin
nuestro examen. La mujer sufrió un enfriamiento, y des
mitigó la fiebre nos decidimos á intervenir el 14 de Dic
decir, cuando ya se habían cumplido los nueve meses,
cálculos que sirven de base al calendario de la preñez,
mor de que el feto sucumbiera por efecto de la misma inf
pal, y sin esperar á que se iniciase el parto.

Convenientemente preparada la embarazada y rode
las más rigurosas precauciones asépticas, practicamos rá
la koiliotomía seguida de la sección media vertical del úte
mente extraído de la cavidad abdominal, cuyas parede
das se reunieron de un modo provisional con pinzas de K
cubrieron con grandes compresas esterilizadas.

Como pudimos apreciar por la dirección casi parale
gamentos redondos que la placenta se insertaba en la pa
rior de la matriz, incindimos ésta verticalmente sobre la
terior para no herir los anejos uterinos y con la idea de
ción cesárea pudiera resultar conservadora, si así se cr
niente; perforamos las membranas, saliendo gran oleada
amniótico de color amarillo verdoso como ellas, indicio ci
el feto no se hallaba en las mejores condiciones, y extrajim
su extremidad podálica, pues su actitud era exactamente

Digitized by Google

en la nota clínica. Todos estos tiempos se realizaron en el corto espacio de cinco minutos.

La niña, que apenas extraída comenzó á llorar, fué entregada á un ayudante después de seccionado el cordón umbilical, en tanto que procedimos al desprendimiento y extracción de la placenta sin el menor accidente. Libre ya el útero de su contenido, se retrajo; y un ayudante prevenía la hemorragia comprimiendo la parte alta del cuello, protegido con una compresa esterilizada, mientras procedíamos á medir directamente y sin obstáculos la pelvis con un compás esterilizado. Entonces pudimos ver la poca exactitud del cálculo de la pelvimetría digital: el diámetro conjugado verdadero ó promontopubiano mínimo no medía más que cinco centímetros, teniendo gran inclinación el plano del estrecho superior, lo cual explicaba la eminencia exagerada de la cabeza sobre la sínfisis pubiana y la tendencia á inclinarse sobre la fosa ilíaca izquierda. En vista de estos datos, y de la decisión de la interesada y del marido si lograban la vida del hijo, decidimos en el acto practicar la histerectomía subtotal por el procedimiento que de ordinario empleamos, y la cual se llevó á cabo sin la menor dificultad y en poco más de media hora, comprendida la sutura de la herida abdominal.

La operada siguió los cincos primeros días bajo la influencia del estado gripal, del que se repuso completamente; tuvo al cuarto día la subida de leche, y sigue criando á su hija en las mejores condiciones, habiendo salido del hospital el 4 de Enero para marchar á su pueblo el día 13, es decir, al mes de ser operada.

Con objeto de habituarla en lo posible á la menopausia anticipada que le impone la operación, tuvimos el cuidado de conservarle el ovario derecho, ya que el izquierdo no ofrecía condiciones de normalidad por la alteración microquística que duplicaba su volumen.

El peso de la niña en el momento de su extracción fué de 2.840 gramos. El de la placenta, 400 gramos.

EL RADIUM EN TERAPÉUTICA

(DATOS CLÍNICOS ORIGINALES)

POR EL DR. D. ALBERTO MAYORAL

(De Málaga)

Las esperanzas que para la terapéutica moderna ofrecen las propiedades, aún no bien conocidas, del radium, de sus sales y de los cuerpos radio-activos en general, que tan susceptibles son de resultar agigantadas por las imaginaciones fogosas, como de reducirlas á la nada los criterios escépticos, han servido de base á los ensayos que con *cinco* miligramos de radium hemos comenzado en Málaga mi

Digitized by Google

compañero el Dr. Lanaja (oculista) y yo. Tomando como base de nuestras observaciones el estudio de este cuerpo en las publicaciones llegadas á mis manos, el juicio emitido por Herman como experiencia de las aplicaciones hechas en las granulaciones de la conjuntiva, las dudas respecto á su valor terapéutico en el cáncer y tumores malignos, así como en el lupus, y empleando como medios de exploración el conejo, el perro y el mismo observador, después de numerosos trabajos hechos con el empleo de distintas sustancias metálicas y no metálicas, ha sido posible conseguir algunos resultados, que sólo á modo de información pueden ser anotados ahora, para exponerlos con el debido detenimiento cuando el curso de las actuales experiencias y el mayor número de datos recogidos puedan dar derecho á salir de la prudente reserva de hoy.

Aprovechando las 100.000 radio-actividades que poseen los 0,005 gramos de radium, he explorado con el auxilio de placas fotográficas Lumière, Thomas y Fouglas, ordinarias y extra-rápidas, tanto sencillas como con anti-halo, sus propiedades lumínicas y los efectos de la radio-actividad; y al par que éstas, he hecho otras observaciones relativas á la radio-actividad inducida.

Como resultados obtenidos en el curso de estas investigaciones, he conseguido formar una escala de cuerpos que ofrecen mayor ó menor resistencia al paso de las tres clases de rayos que posee el radium: los *alfa*, *beta* y *gamma*, ó los *banales*, *catódicos* y *X*, como son designados por distintos observadores. Pero mis escasas fuerzas, comparadas con la autoridad de los investigadores que han publicado ya estudios de este orden, me obligan á repetir toda la serie de mis investigaciones antes de atreverme á emitir un juicio contrario á lo conocido hoy. Pero con el auxilio de la tonalidad roja se favorece la limpidez de las imágenes en las radiografías obtenidas con el radium; y respecto á algunos de los caracteres asignados á los rayos lumínicos del radium, no me atrevo á aceptar los juicios dados como definitivos, ante la necesidad de prolongar mis observaciones para unir el criterio conocido con fenómenos extraños, según mi modo de interpretarlos, como por ejemplo la producción de tres distintas imágenes por un mismo objeto.

En el curso de estas observaciones, que ahora empiezan, hay algo (entre lo aún dudoso) que resulta verdaderamente efectivo y real. He tenido ocasión de apreciar casi todos los caracteres físicos del radium, como su grado de calor mayor que el de todos los objetos sometidos á la temperatura del ambiente, la evidente sensación de calor que aprecia el cuerpo humano en su contacto, su fosforescencia, la emisión de rayos lumínicos ultra-violetas (sobre cuyo estudio juzgo que queda algo por aclarar, como anoto anteriormente), la emisión de electricidad que consigue hacer al aire conductible de

Digitized by Google

este fluido, sea por las producciones de electrones ó por otra causa imposible de determinar por quien no ha dispuesto de medios para la comprobación de estas hipótesis.

Como hechos evidentes de la acción inductiva del radium puedo citar el siguiente caso en que, gracias á dos sesiones de exposición, consiguió extraer mi compañero el Dr. Lanaja un cuerpo extraño alojado en la cámara posterior del ojo, y que hasta entonces había sido imposible apreciar á varios oculistas, incluyendo al citado compañero.

José Ruiz Moriles, veintitrés años, calderero. Observado á los tres meses de haber perdido la visión del ojo derecho por un cuerpo extraño introducido en el globo del ojo durante el trabajo. El enfermo sufría violentos dolores, tenía la pupila dilatada, y por la falta de líquidos que mantuviesen la presión intra-ocular se veía el ojo arrugado como una fruta fresca desecada. Antes de las aplicaciones del radium apreció mi compañero el Dr. Lanaja la retina de color blanco nacarado, sin una estría sanguinolenta, y aplastada y rugosa como todo el ojo. Visión nula. A pesar de sus intentos, no consiguió apreciar la existencia del cuerpo extraño que el enfermo decía tener.

Sometido el paciente á dos sesiones de exposición de radium, colocado á dos centímetros de la córnea durante tres minutos en dos días sucesivos, al finalizar la segunda aplicación pudo apreciar la existencia del cuerpo extraño, que luego de extraído resultó ser un pequeño trozo de metal, de forma irregular y de algo más de tres milímetros de longitud.

Como otra de las pruebas evidentes de la acción inductiva del radium puede juzgarse el siguiente caso, en que después de ensayos con los cuales conseguí detener la evolución del estafilococcus piógeno en placa de gelatina, se alcanzó la curación total y rapidísima de una oftalmía purulenta.

Ana María Murciano, de treinta días. Oftalmía purulenta al octavo día de nacida; tratada por el nitrato de plata, el protargol, el azul de metileno y por todos los medios conocidos. Pronóstico de ceguera, por varios oculistas. En ambos ojos se aprecia infiltración purulenta, con abundantísima supuración; en el derecho gran hernia central inferior, y en el izquierdo, á más de las lesiones propias de este estado, disminución de la tensión ocular. Teniendo en cuenta la evidente acción microbicida de la radio-actividad, se le hicieron aplicaciones diarias de exposición al radium, de dos minutos y á dos centímetros de distancia, con las cuales se consiguió hacer desaparecer la supuración después de la segunda; quedando después de la

Digitized by Google

sexta el ojo izquierdo con su tensión normal, sin lesiones en la córnea y con visión, y el ojo derecho con la herr ducida y con transparencia en todo el segmento superio nea. Continúan las sesiones en días alternos, para ver d la total curación.

Dos casos más puedo exponer, en los cuales queda la acción microbicida de la radio-actividad, á pesar del trario publicado por autorizados médicos extranjeros, exponer casos clínicos como los siguientes:

Juan Fernández Navarro, diez y nueve años. Gran la córnea, que invadía sus tres cuartas partes. Ha sido una exposición en día alterno, colocando el radium dura nutos á dos centímetros de distancia del citado absceso. cha lleva seis sesiones, con las cuales está casi desapa dejar mancha ni infiltración, y con visión normal. El en tinúa en tratamiento.

Pedro Sánchez, sesenta y seis años, buñolero. Ab ocular, con grandísimo dolor, exagerada exoftalmía, g conjuntival, que obliga á los párpados á cubrir parte de ojo, á pesar de ser tan grande la propulsión. No ha re tratamiento alguno. Aplicaciones del radium, tocando co de cristal (donde se encierra) toda la superficie de la co sin punto fijo. Después de cuatro aplicaciones, en días s sido dado de alta por curación.

La falta de experiencia sobre los estudios que estoy p con la ayuda del radium, me impide buscar interpretaci les y discutibles respecto á la explicación que pueda ten de la radio-actividad en los casos expuestos, y por tales limito á juzgarlo sólo como acción de las propiedades fisi cuerpo; aunque es posible que cuando mis estudios vaya lantados, y confirme sospechas que hoy poseo, pueda at buscar otra interpretación que por ahora debe quedar e

El deseo de ayudar en España al trabajo emprendid tranjero, la natural tendencia que nos induce á buscar los que padecen, y la escasa experiencia de algunos d médicos que han iniciado fuera de nuestra patria el trat las atrofias de la papila por la radio-actividad, ha hecl éste otro de los caminos emprendidos, ya que es uno de l que pueden venirnos de fuera algunos consejos, aunqu para su aplicación; y á pesar de la escasa esperanza c son dos los enfermos que pueden citarse, los cuales sigu dos al tratamiento.

Digitized by Google

1.º Mariano de los Reyes. Diagnosticado por varios oculistas, incluso por mi compañero el Dr. Lanaja, de *atrofia papilar progresiva, blanca*. Hace siete meses que el citado compañero lo observó, apreciando que, sin visión alguna, sólo podía darse cuenta de los reflejos que le hacían distinguir el día de la noche; y nada había conseguido de los recursos empleados, hasta aplicar la radio-actividad.

Se han hecho aplicaciones de radium, en días alternos, á dos centímetros de las córneas y de dos minutos de duración. Dos días se hicieron aplicaciones de tres minutos de duración en el ojo izquierdo, las cuales le originaron un ligero síncope á las tres horas en cada uno de esos dos días, por cuyo motivo fué preciso continuar haciendo la exposición de dos minutos. En la actualidad distingue algunos cuerpos en la semioscuridad, y hasta á tres metros de distancia ve sus manos, los dobleces del pañuelo, y sufre en la claridad confusión de las imágenes. Continúa sometido al tratamiento.

2.º José Gallardo Galbán. Diagnosticado de atrofia papilar progresiva de origen inflamatorio. Llevaba un año de tratamiento, cuando se inició la cura por el radium; estaba sin visión y con grandes fosfenos, á pesar de haber empleado en él los recursos conocidos.

Lleva 12 aplicaciones, en días alternos, de dos minutos de duración y á dos centímetros de distancia. Distingue poco en la oscuridad con luz artificial; oriéntase pisando las losetas de mármol de distintos colores; recoge de una mesa con tablero de mármol blanco monedas de cinco y diez céntimos, pero con dificultad por confusión de las imágenes; si se le proyecta la sombra de la cabeza sobre la mesa (por luz cenital) desaparecen del campo visual las imágenes de las monedas, por confundirlas con dicha sombra. Continúa en tratamiento.

De estos casos clínicos nacen suposiciones que tal vez resulten trascendentes para el concepto formado de las atrofias de la papila; pero tanto respecto á esto, como á los resultados por mí obtenidos en el estudio de la manera de conducirse el radium con los cuerpos metálicos ó no y con las sustancias pulverulentas sometidas á él directamente ó con la interposición de un determinado color (experiencias todas encaminadas á hacer aclaraciones de donde deducir su valor terapéutico en determinados casos), no conviene emitir juicio alguno hasta tener acumulados más datos que sirvan de verdadera base á un determinado criterio.

La reacción que en forma congestiva produce la radio-actividad he tenido ocasión de apreciarla, sin género alguno de duda; como también su acción cáustica, destruyendo la epidermis sin formación de escara, y dando á las lesiones por él producidas el rasgo ca-

Digitized by Google

racterístico de ser tardías en aparecer y muy lentas trizar.

Otro de los caracteres para mí inexplicables hasta ho intento hallar el medio de buscar su explicación, es que dium no hay modo de conseguir radiografías del cuerp porque no se aprecia en la imagen diferenciación alguna ni el tejido óseo ni los cuerpos extraños.

Mi propósito al publicar el resultado de estos estudios empiezo es sólo el de dar algunas nociones que puedan algo el camino emprendido por otros; pues aunque tengo á la rodio-actividad otros enfermos de cáncer, lupus, os úlceras atónicas, etc., aún no he recogido datos bastant para hacer las ligeras notas que he apuntado anteriorme

La casualidad ha hecho que sean afecciones incluídas talmología casi todas las que expongo, á pesar de que y co á la Psicopatía; pero es posible que en otra ocasión pu datos de los enfermos que hoy nó cito, y acaso sea algu sante. Mas, en vez de intentar hacer deducciones más te prácticas, y nacidas de los vuelos que concedemos á la in en ciertas ocasiones, prefiero exponer hechos consumado mos vistos por mis compañeros de Málaga los Sres. Gar mo, Linares (D. Francisco y D. Antonio) y Pérez Souvirón tián) á hacer apreciaciones sobre los resultados, aún discu he tenido ocasión de apreciar en los otros pacientes qu compañero el Sr. Lanaja como yo continuamos sometien miento de la radio-actividad.

LOS RAYOS RÖNTGEN EN EL TRATAMIENTO DE

RESULTADOS É INDICACIONES (1)

POR EL DR. CÉSAR COMAS,
Röntgenólogo de la Facultad de Medicina,

Y POR EL DR. AGUSTÍN PRIÓ,
Presidente del Instituto Médico-Farmacéutico de Barcelona

Los buenos resultados obtenidos en múltiples casos cación de los rayos Röntgen al tratamiento del cáncer ha sa, indudablemente, de que se hayan exagerado las exc este tratamiento, haciendo concebir esperanzas que toda lo suficiente justificadas si se refieren á considerar la rö pia como una panacea de tan terrible enfermedad. In

(1) Comunicación al Congreso Röntgen de Berlín. Abril-Mayo, 1905.

Digitized by Google

son las observaciones que por prácticos de distinta nacionalidad han sido publicadas, dando cuenta de resultados extraordinarios y de curaciones sorprendentes. Sin negar la veracidad de tales noticias, dadas por especialistas de una severidad científica irreprochable, creemos que, en cambio, también serán muchos los casos que, por haberse obtenido un resultado negativo, no se han dado á conocer con la misma prodigalidad, dificultándose con ello su conocimiento y enmascarando la necesidad de establecer una selección entre los casos que caen bajo el dominio del röntgenólogo y los que son patrimonio exclusivo de la cirugía; línea divisoria que, aunque artificial, es absolutamente precisa en la práctica para poder proceder científicamente. La mayor parte de los casos favorables vienen publicados por la prensa médica inglesa, francesa ó norteamericana, y algunos, muy pocos, por la alemana; en esta última, en cambio, se encuentran historias clínicas de casos desfavorables que invitan á estudiar el asunto con una prudente reserva, para no exponerse á sufrir error al pronunciar el fallo definitivo.

La práctica experimental y de laboratorio nos indican hoy día, con gran precisión, que los rayos Röntgen no tienen la misma acción sobre los diversos tejidos del organismo, y, sobre todo, que sus efectos son muy diferentes según sea la profundidad y espesor de los mismos; lo que forzosamente ha de influir también en las propiedades terapéuticas, que dependerán del asiento, extensión y profundidad de la neoplasia. La clínica indica igualmente, por su parte, que no todos los casos reaccionan de la misma manera; y que en algunos de ellos, de curación casi segura á primera vista, el curso posterior y desfavorable de la enfermedad ha venido pronto á desengañar al entusiasta práctico. Nuestras observaciones, por lo menos, nos lo hacen creer así; y en la convicción de que es útil en la práctica el conocimiento de todos los casos, favorables y desfavorables, vamos á exponer aquí el resultado de nuestra experiencia antes de dar á conocer el criterio personal que sobre el estado presente de la röntgenoterapia del cáncer hemos podido establecer.

La mayor parte de nuestros casos pertenecen á la clientela privada, lo que ha dificultado la reunión de muchos de los documentos necesarios para aseverar los datos clínicos correspondientes á cada uno de ellos. Sin embargo, de casi todos los casos favorables poseemos las fotografías de los enfermos, y de muchos de ellos las microfotografías de los cortes histológicos, obtenidos por nuestro colega y amigo Dr. Francisco Terrades, á quien agradecemos vivamente su cooperación y el interés que se ha tomado en este trabajo. Sólo expondremos con algún detalle los casos curados. De los que aún están en tratamiento, ó que lo han abandonado sin esperar los resultados definitivos del mismo, consignaremos los principales cam-

Digitized by Google

bios anotados hasta la última observación. Finalmente, englobaremos, para abreviar, los casos desfavorables que ofrezcan relaciones bien marcadas, llamando la atención sobre aquellos fenómenos más culminantes que en el curso del tratamiento se hayan observado. A 65 alcanza el número de los casos á que vamos á referirnos, que repartiremos, teniendo en cuenta el punto de localización primitiva de la enfermedad, en los siguientes grupos:

De la frente	2	casos.
» los párpados	5	»
» la órbita	1	»
» la nariz	12	»
» las mejillas	5	»
» los labios	7	»
» maxilar inferior	1	»
» la lengua	7	»
» la amígdala	1	»
» la laringe	1	»
» la mama	15	»
» estómago	1	»
» recto	1	»
» la matriz	3	»
» las extremidades	3	»
TOTAL	65	casos.

I

Empezaremos por dar cuenta de los casos curados ó que están en vía indudable de curación. Son los siguientes:

1. Epitelioma del párpado inferior izquierdo, en una mujer de cincuenta y seis años de edad; la lesión invadía también una parte de la nariz y mejilla del mismo lado. Tratamiento Röntgen iniciado el día 3 de Noviembre de 1899. Se practicaron setenta y ocho irradiaciones en las varias zonas en que fué preciso repartir las partes invadidas, para la mejor aplicación de los rayos X, con largos intervalos de descanso y en el espacio de dos y medio años. Hoy completamente curada.

2. Epitelioma de la mejilla, en una mujer de sesenta y tres años de edad. Diez y seis irradiaciones en un período de tres meses. Curada. (Véanse figuras 1.ª, 2.ª y 3.ª)

3. Epitelioma de la nariz, en un hombre de cuarenta y cinco años. Se practicaron nueve irradiaciones en un mes. Curado.

4. Epitelioma del labio inferior, que invadía la comisura y mejilla izquierdas. Setenta y dos irradiaciones en diez meses, repartidas en varias zonas. Casi completamente curado, cuando falleció el paciente á consecuencia de una neumonía aguda.

5. Cáncer de la órbita izquierda, con invasión del globo ocular y

Digitized by Google

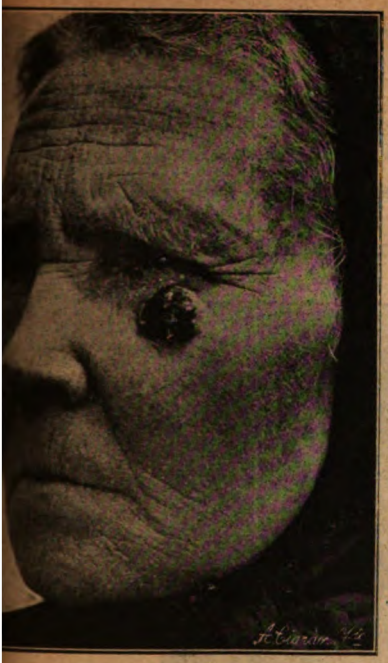


FIG. 1.ª

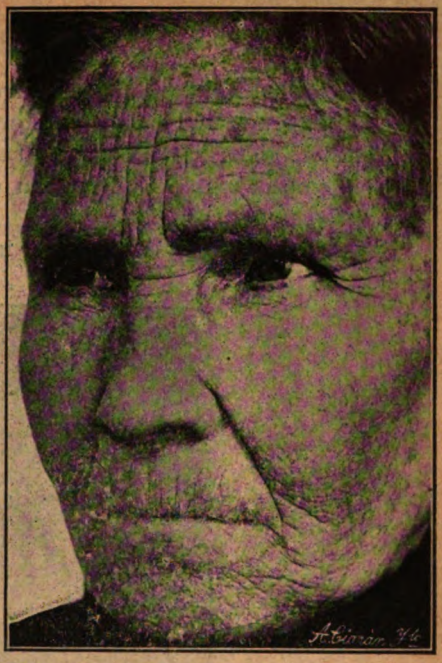


FIG. 2.ª

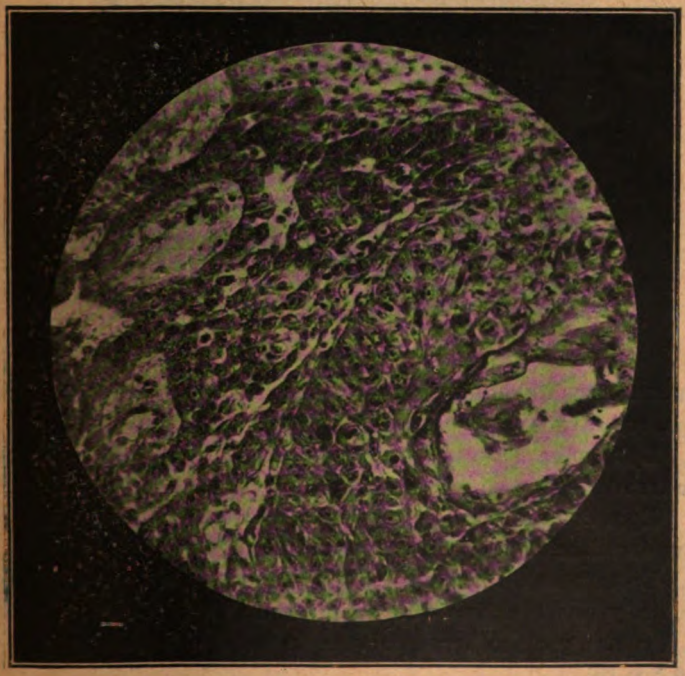


FIG. 3.ª

Digitized by Google

extendiéndose por parte de la frente, nariz y mejilla izqui invadir también el ángulo interno del ojo derecho. Mujer y siete años. Treinta y tres irradiaciones en cinco meses, en varias zonas. Enucleación del globo ocular izquier (véanse figuras 4.ª, 5.ª y 6.ª).

6. Epitelioma del párpado inferior izquierdo, en un

FIG. 4.ª

cincuenta años de edad. Sesenta y ocho irradiaciones e meses, con largos intervalos de descanso. Curación.

7. Epitelioma de la nariz, en una mujer de treinta y Ocho irradiaciones en un mes. Curación (figuras 7.ª y 8

8. Epitelioma de la nariz, en un hombre de ochenta Nueve irradiaciones en mes y medio. Curación.

9. Epitelioma de la nariz, en una mujer de setenta y c operada y con recidiva que se presentó antes de tra año. Treinta y cinco irradiaciones en ocho meses. Cur ras 9.ª y 10).

10. Cáncer del labio inferior, en un hombre de cua

Digitized by Google

años, operado y recidivado al poco tiempo. Se practicaron diez y siete irradiaciones en tres meses. Transcurridos otros tres meses, después de la última irradiación, se verificó una operación plástica con objeto de agrandar la abertura bucal; é inmediatamente practicamos tres irradiaciones más. Actualmente, doce meses después, sigue en perfecto estado (figuras 11 y 12).

11. Úlcera epiteliomatosa de la lengua, de poca extensión, en un

FIG. 5.ª

hombre de cincuenta y seis años. Once irradiaciones en dos meses. Cicatrización completa de la úlcera. No tenemos noticias posteriores del paciente.

12. Epitelioma de la nariz, en una mujer de sesenta años, recidivado constantemente después de varios raspados que se habían practicado. Veinte irradiaciones en once meses, con largos intervalos de reposo. Curación (véanse figuras 13 y 14).

13. Cáncer extenso, no ulcerado, en la mama derecha; y un nódulo ulcerado, del tamaño de una nuez, en la mama izquierda. Mujer de cincuenta años de edad. Se practicaron entre las dos ma-

Digitized by Google

mas (y en varias zonas en la mama derecha) setenta irr
Puede considerarse que hoy se halla en vías de una se
ción, habiéndose practicado las últimas sesiones en el
viembre de 1904.

14. Epitelioma de la nariz, en una mujer de cincuen
años. Veintiséis irradiaciones en doce meses. Curación.

15. Cáncer de la mama izquierda, en una mujer d

FIG. 6.ª

dos años, no ulcerado. Diez y siete irradiaciones en dos
rada.

16. Epitelioma de la nariz, en un hombre de cuar
años. Catorce irradiaciones en dos meses. Curación (figur

17. Epitelioma del párpado inferior izquierdo, opera
vado. Se practicaron diez y seis irradiaciones en siete
largos períodos de intervalo. Curación.

18. Cáncer en forma de multitud de nódulos, repar
rias regiones del cuerpo; hombre de sesenta y cuatro a
siones más importantes estaban localizadas en el antebra

Digitized by Google

(tumor del tamaño de una nuez), palma de la mano derecha (úlcera), pierna izquierda (tumor del tamaño de un huevo de gallina), pie derecho (nódulo aplanado, ulcerado y cubierto por una gruesa costra), antebrazo izquierdo (nódulo del tamaño y forma de una peseta) y región frontal (úlcera). De todas estas lesiones han curado hasta la

FIG. 7.ª

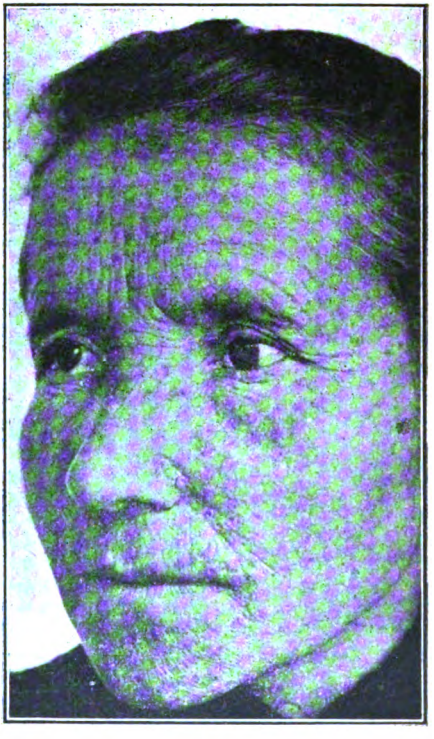


FIG. 8.ª

fecha las úlceras de la mano derecha y de la frente (figuras 17 y 18) y los nódulos del antebrazo izquierdo y del talón. El tumor del antebrazo derecho se halla en vías de curación (figuras 19 y 20). El tumor de la pierna se ha modificado favorablemente, pero se halla todavía en tratamiento. El examen histológico, practicado por el Dr. F. Terrades, confirmó el diagnóstico clínico (fig. 21). Se han practicado en conjunto ciento cinco irradiaciones, repartidas en seis distintas zonas y en un período de nueve meses.

19. Epitelioma de la nariz, en una mujer de sesenta y dos años. Operado y recidivado. Diez y siete irradiaciones practicadas en un período de cuatro meses. Curación.

Digitized by Google

Forman, pues, los casos enumerados un conjunto de
ciones, con lesiones localizadas en las siguientes regiones
tres casos; órbita, un caso; nariz, ocho casos; mejilla, un
dos casos; lengua, un caso; mama, dos casos; y extren
caso.

En la mayor parte de estos casos se trata de lesione
muy superficiales. En casi todos ellos se ha obtenido la c

FIG. 9.ª

un número relativamente reducido de irradiaciones y si
de provocar reacciones intensas, ni tan siquiera medians
tes. En la mayor parte la reacción se ha limitado á un
sajero, acompañado, algunas veces, de una tolerable s
escaldadura. Hay que tener en cuenta que, si bien en a
casos se cita un número grande de sesiones, éstas no se
cado en el mismo punto, y, por consiguiente, correspo
zona una proporción igualmente corta. En los epitelion
pado se ha empleado mayor número de sesiones, por ha
ticado más cortas y menos intensas, con el deliberado p
evitar toda influencia perniciosa sobre el globo ocula
consignar, sin embargo, que, á pesar de que en algun

Digitized by Google

protección del ojo no ha podido practicarse suficientemente, nunca hemos observado alteraciones importantes en el mismo, ni aun en los casos de irradiación directa, por haber rebasado la afección los límites de la conjuntiva palpebral.

De los casos expuestos, creemos conveniente insistir sobre algunos de ellos, fijando la atención en aquellas particularidades que los singularicen. El caso de cáncer de la órbita resulta interesante por

Fig. 10.

la extensión de las lesiones y por su gravedad; también lo es por demostrar la importancia que en muchos casos tiene la acción mancomunada del röntgenólogo y del cirujano, ya que sin la enucleación del ojo hubiese sido completamente imposible acabar radicalmente con el mal. Los dos casos de localización labial son también notables, el primero por su extensión, y el segundo por la rapidez y violencia de la recidiva, presentándose un cuadro tan alarmante, que hizo poco menos que inesperado el éxito que se consiguió: más de un año después de ultimado el tratamiento Röntgen, el paciente seguía en perfecto estado.

A pesar de no haberse podido seguir el curso posterior del caso de cáncer de la lengua, también citado, resultó del tratamiento que

Digitized by Google

la acción inmediata de los rayos fué notablemente benefic
se consiguió la completa cicatrización de la úlcera; se tr
embargo, y hay que advertirlo, de una lesión superficial y
La acción benéfica de los rayos también quedó igualment
clarada en los dos casos de cáncer de la mama; la marcha

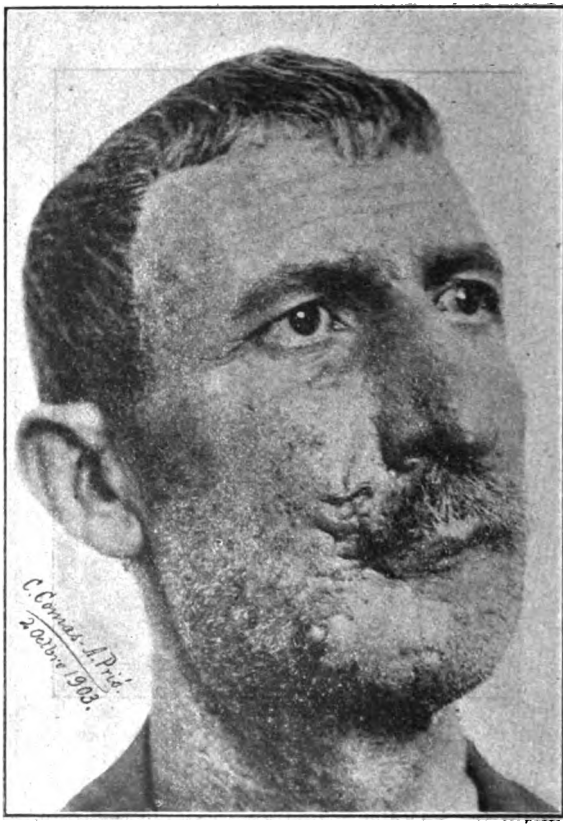


FIG. 11.

fermedad había sido en ambos lenta y poco alarmante, lo
ramente hay que tener en cuenta para fijar los casos en q
bable esperar algún resultado de la röntgenoterapia. Fi
el caso de epitelioma múltiple de las extremidades constitu
los tipos de la idiosincrasia cancerosa admitida por varios
La acción inmediata de las irradiaciones ha resultado sati
Los nódulos cancerosos asentaban, en este último caso, e
ciones verrugosas primitivas.

Digitized by Google

II

En algunos otros casos sometidos al tratamiento Röntgen, con evidentes señales de una notable mejoría, no ha sido posible comprobar el resultado definitivo por interrupción debida á abandono

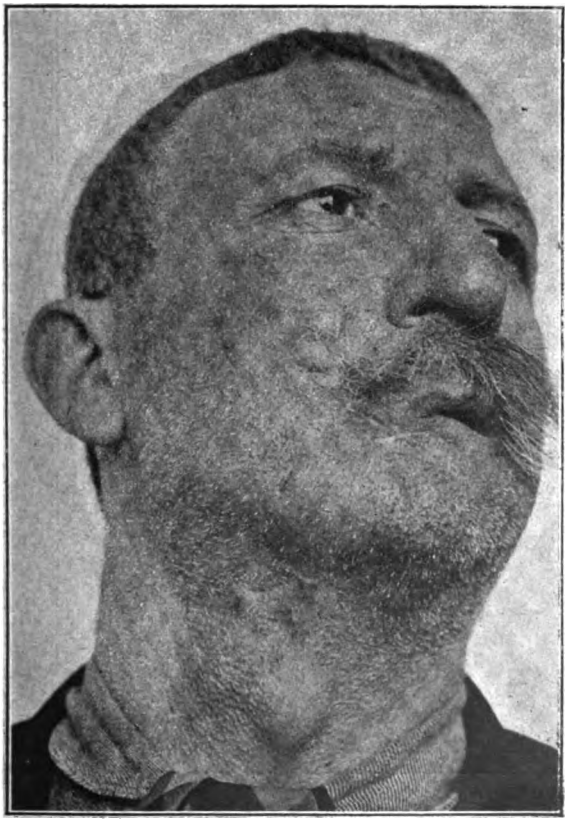


FIG. 12.

por parte de los pacientes. Los más interesantes de entre ellos son los siguientes:

1. Un caso de epitelioma del párpado, mejorado tan notablemente después de una serie de once irradiaciones, que el paciente se consideró curado y no se presentó á nuestra inspección hasta que un nuevo brote de la enfermedad le advirtió de su error. Irradiado nuevamente, la mejoría no fué tan acentuada esta segunda vez, pero

Digitized by Google

pudo conseguirse, repitiendo entonces el paciente su escapatoria. Al cabo de algún tiempo, segunda recidiva con mayor extensión y violencia de las lesiones; practicáronse algunas irradiaciones más, y el paciente abandonó el tratamiento, sin que pudiéramos observar ningún resultado inmediato de mediana importancia.

2. Un caso de cáncer de la cara, extendido por la nariz, mejillas

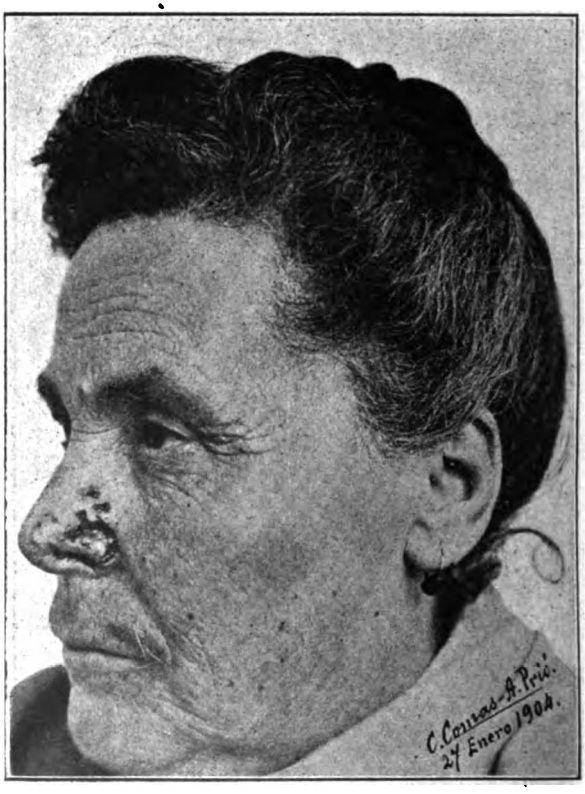


FIG. 13.

y párpados, con invasión de la órbita derecha. La paciente se negó á que se practicara la enucleación del globo ocular. A consecuencia de las irradiaciones practicadas, algunos nódulos sufrieron una marcada retracción; otros permanecieron estacionarios; disminuyó la secreción saniosa de la cavidad orbitaria, convertida en un verdadero putrílago; y, sobre todo, se modificaron los dolores, que llegaron á desaparecer en absoluto durante un período de tiempo bastante largo. La paciente no murió hasta transcurridos tres años de

Digitized by Google

abandonado el tratamiento Röntgen, evidentemente insuficiente para detener la marcha progresiva del mal (fig. 22).

3. Un caso de epitelioma del labio, muy circunscrito, mejorado después de siete irradiaciones. El paciente se decidió repentinamente por la intervención quirúrgica, sin esperar el resultado definitivo de la röntgenoterapia.

4. Otro caso de epitelioma de la cara, presentando invadidas las

FIG. 14.

mejillas, comisura labial derecha y nariz. Ya iniciado el tratamiento Röntgen, se interrumpió y reanudó infinidad de veces, con una inconstancia, por parte del paciente, desesperante. Se obtuvo, con todo, una notable mejoría en varios de los nódulos mejor tratados, pero por fin el paciente abandonó el tratamiento por completo. Actualmente sabemos de él que se encuentra en pésimo estado.

5. Un caso de epitelioma de los párpados, con invasión de la conjuntiva ocular, parte de la frente, nariz y mejilla izquierda. Se

Digitized by Google

practicaron gran número de irradiaciones en distintas
diversas de las partes invadidas, sin haberse obtenido
gunas ligeras ventajas momentáneas, siendo la más
sostenido paro en la marcha progresiva de la enferme
ciente presenta hoy las lesiones aproximadamente en e

FIG. 15.

tado, exceptuando en el ojo invadido primitivamente,
progresado, si bien con lentitud; ha transcurrido más de
las últimas irradiaciones (fig. 23).

6. Epitelioma ulcerado de la mejilla. Después de cuat
ciones, se observó una marcada desecación de la superfi
da. Abandona el paciente el tratamiento sin motivo justi

7. Un caso de recidiva en la cicatriz operatoria, resul

Digitized by Google

amputación de ambas mamas. Aparición de varios nódulos bilateralmente, acompañada de dolores. Estos últimos desaparecieron por completo; los nódulos sufrieron una marcada retracción. La paciente abandona el tratamiento mucho antes de que pudiera considerarse como terminado.

8. Irradiación Röntgen en un caso de histerectomía por cáncer

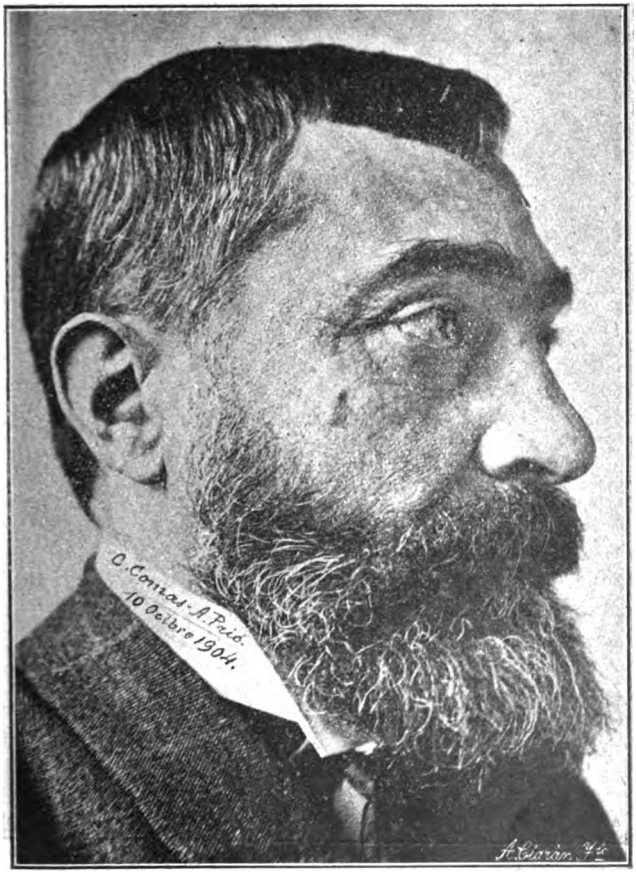


FIG. 16.

de la matriz, con recidiva de la neoplasia, hemorragias y grandes dolores. Después de un corto número de sesiones cesaron las hemorragias y los dolores, pero reaparecieron pronto las primeras; las lesiones siguen una marcha progresiva, y el estado general de la paciente se hace deplorable. Abandónase el tratamiento. La paciente vive todavía (más de un año después del tratamiento Röntgen), no

Digitized by Google

habiendo reaparecido los dolores después de la última
Las irradiaciones se practicaron por la vagina y al trav
red abdominal.

9. Cáncer de la mama, en forma de un limitado nódu
neo de reducidas dimensiones. El nódulo permaneció

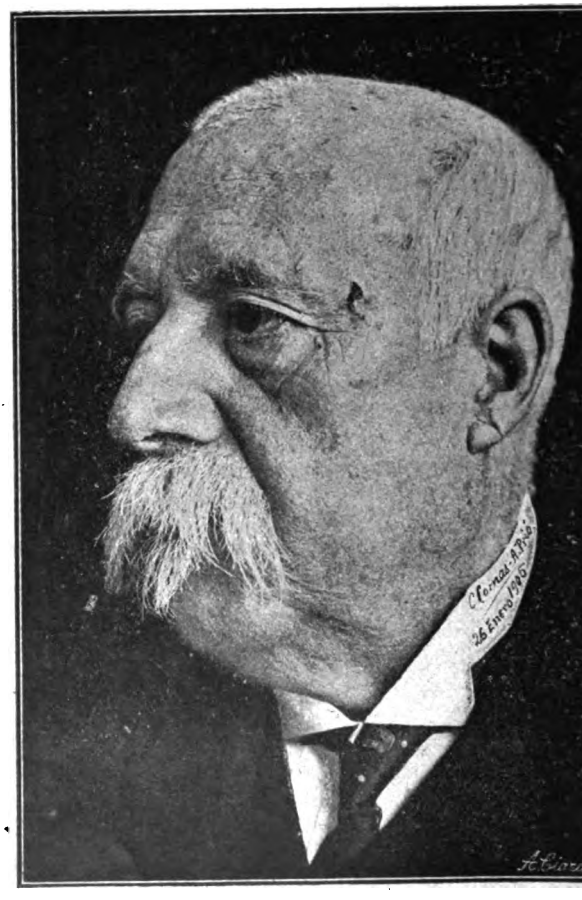


FIG. 17.

largo tiempo, hasta que por fin se abandonó el tratamie
de las escasas modificaciones alcanzadas, y la paciente

10. Epitelioma de la pierna; tendencia á la cicatriza
cación de la superficie ulcerada, después de algunas ir
El paciente abandonó el tratamiento sin esperar el res
nitivo.

11. Los mismos fenómenos se observaron en una mu

Digitized by Google

epitelioma ulcerado del muslo, que murió de enfermedad accidental á poco de haberse iniciado el tratamiento Röntgen.

12. Caso de cáncer de la mama. Reducción del tumor después de ocho irradiaciones. La paciente abandona el tratamiento.

13. Cáncer de la nariz, con destrucción total de este órgano é in-

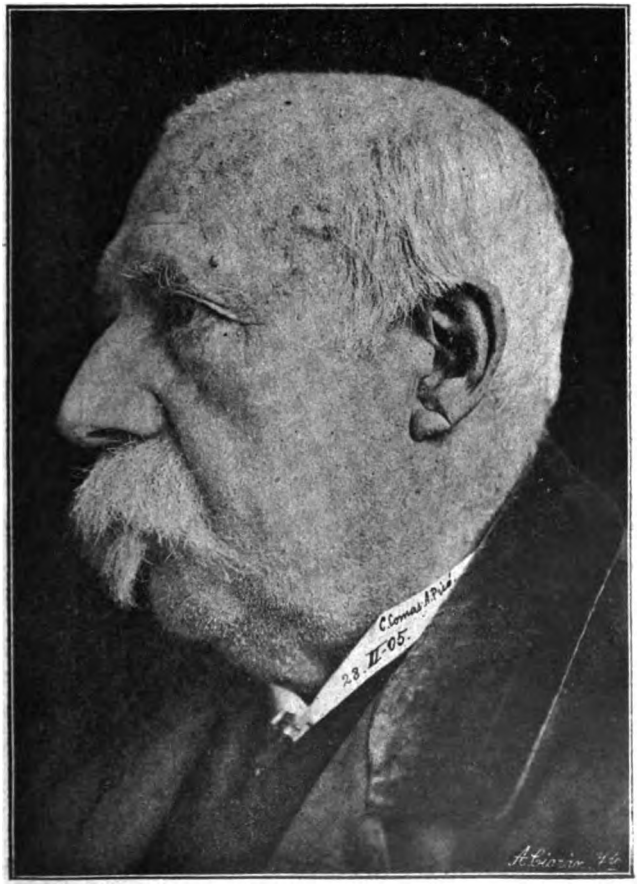


FIG. 18.

vasión de las mejillas; se observó una notable desecación de la úlcera. El enfermo abandona el tratamiento para ponerse en manos de un curandero, muriendo algún tiempo después, víctima del neoplasma.

Sobre estos casos sería ligereza el pretender fundar algún juicio clínico, salvo el hacer constar la mejoría ya indicada en algunos de

Digitized by Google

ellos, el alivio ó la desaparición de los dolores, el estacio
retroceso del mal y la desaparición de algunos nódulos e
de lesiones muy extensas. Creemos, sin embargo, que en al
casos hubiera sido posible alcanzar una curación compl
seguirse el tratamiento hasta el fin ó procediendo de u

FIG. 19.

debidamente metódica. En otros hay que confesar que,
á ciertos límites la enfermedad, dejó de modificarse fav
para permanecer estacionaria más ó menos tiempo, y
guir su marcha destructora.

III

Debemos examinar también un gran número de caso
la impotencia de los rayos Röntgen resultó manifiesta,
ciso advertir que muchos de ellos reunían pésimas con
la enorme extensión y profundidad de la neoplasia y p

Digitized by Google

tado general de los pacientes, haciéndose casi ilusoria en ellos toda esperanza de curación; sólo podía plantearse la röntgenoterapia con un fin puramente paliativo. Enumeraremos brevemente los casos de mayor interés:

1. Epitelioma del labio, en un individuo de cuarenta y siete años de edad, en buenas condiciones, al parecer, para el tratamiento

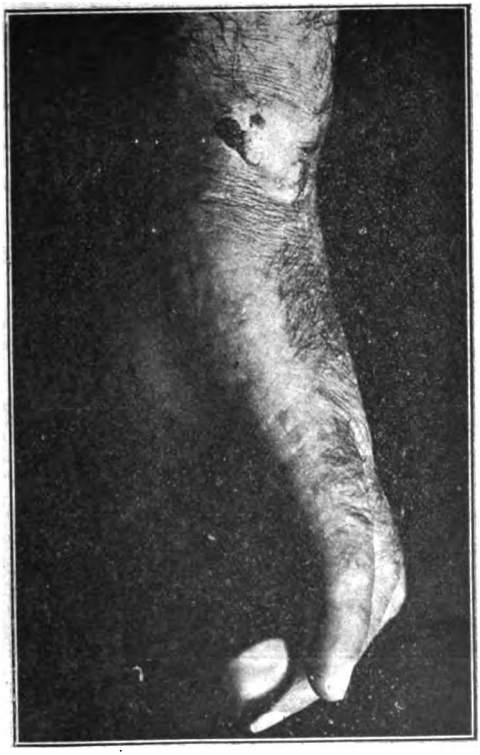


FIG. 20.

Röntgen, pues la lesión se presentaba limitada y poco extensa, y sólo se podía apreciar la existencia de un solo ganglio submaxilar. Después de una ligera mejoría, muy poco duradera, la lesión progresó rápidamente, haciéndose imposible toda tentativa de intervención operatoria, con gran invasión ganglionar, infecciones secundarias, carácter terebrante de la ulceración, decaimiento rápido del estado general y, por fin, localizaciones evidentes de la enfermedad en el aparato urinario, que terminaron con la muerte del paciente, acaecida después de ocho meses de iniciadas las irradiaciones.

Digitized by Google

2. Cáncer de la región frontal, en un hombre de sesen
años de edad. Consecutivamente á una serie de irrad
pudo notarse ninguna mejoría inmediata; más bien la le
progresar con lentitud, pero pertinazmente, hasta que
el tratamiento por creerlo inútil. El paciente vivió, si
más de dos años todavía. Ignoramos detalles relativos a

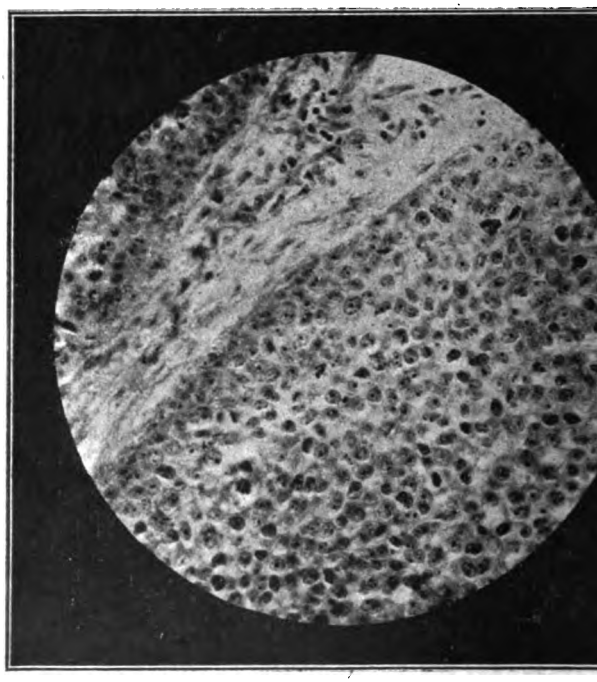


Fig. 21.

terior de la enfermedad. En este caso se practicaron, en
nos exámenes histológicos; de ellos haremos mención m
(fig. 24).

3. Cáncer de la lengua, inoperable, en un colega de
renta años de edad. Sólo se observó un ligero y corto al
dolores. El paciente murió tres meses después de iniciad
miento Röntgen.

4. Otro caso de cáncer de la lengua, en excelentes
para irradiar, pues la lesión se presentaba localizada
más anterior de la cara superior del órgano, en forma d
limitado y de reducidas dimensiones. Durante el tratam
gen pudieron observarse algunas fluctuaciones en la
mal; pero en general fué progresiva, y la neoplasia g

Digitized by Google

lentamente, decidiéndose por fin la intervención operatoria, que fué practicada en el hospital de la Santa Cruz, por el Dr. Ribas y Ribas.

5. Cáncer de los párpados, que se extendió después por la nariz, frente y mejilla. Posteriormente á una mejoría bastante satisfactoria notada al principio, las lesiones ganaron terreno lentamente; te-

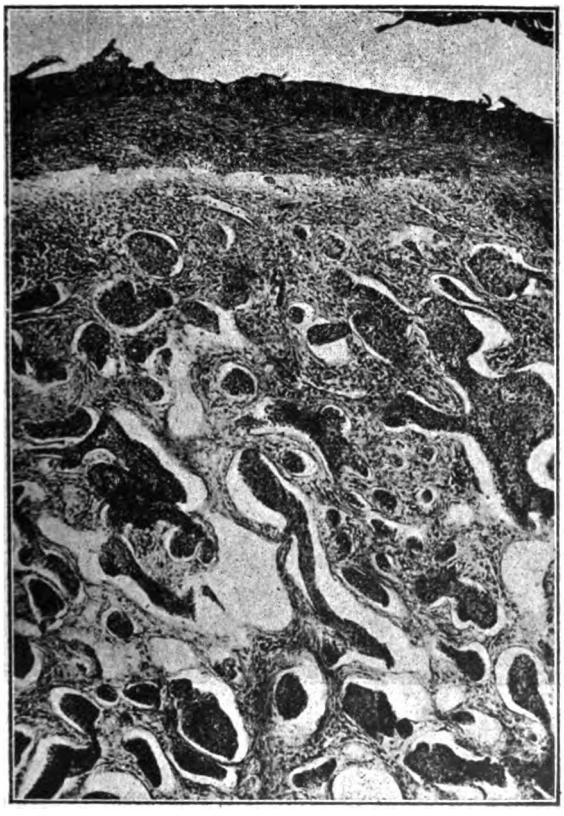


FIG. 22.

nemos aún en observación este enfermo, pero desconfiamos de conseguir ningún resultado definitivo.

6. Cáncer de la lengua, en un individuo de cuarenta años de edad, operado ya y recidivado á los dos meses. No se observó ninguna modificación importante; la enfermedad siguió progresando, y se abandonó el tratamiento.

7. Epitelioma de la nariz, en una mujer de setenta y seis años. Mejoría local transitoria; los ganglios infartados de la región maxi-

Digitized by Google

lar se abultaron y reblandecieron, acabando por supura
dona el tratamiento Röntgen, y la paciente muere algún
pués, de afección pulmonar aguda.

8. Cáncer de la lengua, en un hombre de cincuenta y
operado y recidivado. No se observó ninguna mejoría, mu
rio, pues después de algunas sesiones se presentaron vi

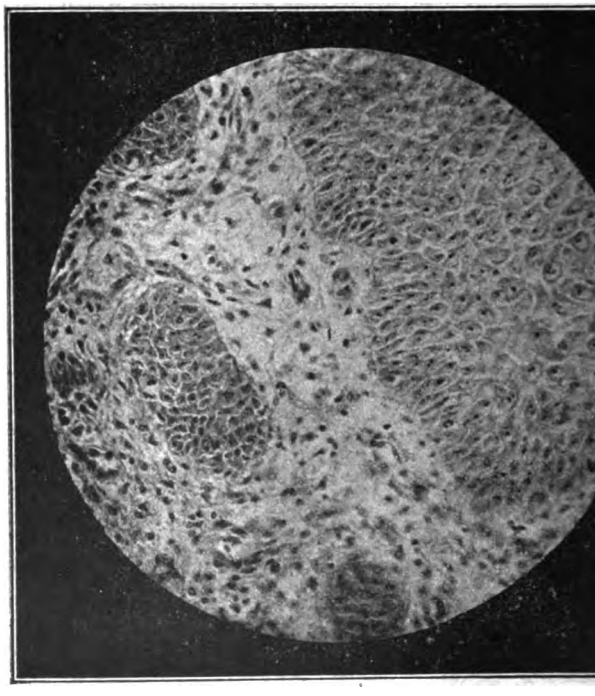


FIG. 23.

ralgias, que obligaron á suspender el tratamiento repe
El paciente murió, sin haberse conseguido modificació
ninguna.

9. Cáncer del labio, con propagación hacia la mejill
y acompañamiento de numerosos infartos ganglionares.
joría al principio; pero ésta desapareció pronto, y no
guirse después ningún beneficio apreciable, muriendo e
los siete meses de iniciado el tratamiento.

10. Cáncer de la matriz, considerado como inoperabl
rios ginecólogos que lo examinaron. Después de treinta i
(verificadas unas por la vagina y otras al través de la
minal), se abandonó el tratamiento, sin haberse alcanz

Digitized by Google

sultado que una desaparición pasajera de las hemorragias, y otra mucho más duradera y acentuada de los dolores. No tenemos noticias posteriores de esta paciente.

11. Cáncer del recto, operado y recidivado. Mejoría muy notable al principio, pues desaparecieron los dolores, y el paciente llegó á poder verificar las evacuaciones fecales sin apenas sentir moles-

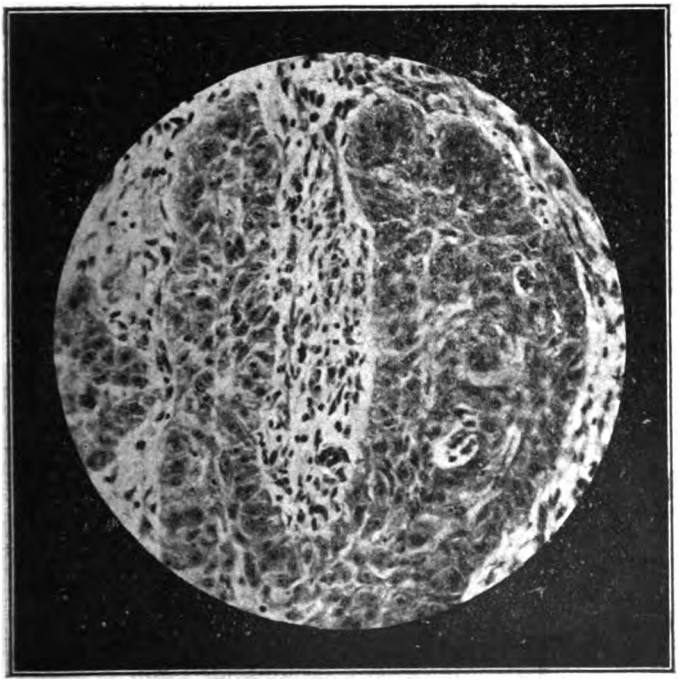


FIG. 24.

tias. Después de veinticinco irradiaciones, verificadas con largos intervalos de descanso, hubo que suspender el tratamiento, y el enfermo murió algún tiempo después en plena caquexia.

12. Cáncer de la laringe, operado y recidivado, habiéndose practicado después la traqueotomía. Mejoraron las lesiones superficiales con el tratamiento Röntgen. Como fenómeno notable, merece consignarse el desprendimiento de un gran bloque de tejidos invadidos, seguido de una intensa hemorragia. Se abandonó el tratamiento por el pésimo estado general del enfermo; creemos que habrá muerto ya.

13. Cáncer gástrico, en un colega de setenta y cuatro años de edad. Ninguna modificación. El paciente murió poco tiempo después.

Digitized by Google

14. Cáncer de la mama, operado y recidivado á las manas. Después de practicadas doce irradiaciones, sin v ciable, se abandonó el tratamiento, y la enferma murió t un corto período.

15. Cáncer de la mama, en el que se han practicado cuatro irradiaciones, con largos intervalos y en grupo

FIG. 25.

siete sesiones. La enfermedad permaneció estacionaria pero luego adquirió nuevo impulso; hoy parece permane naria en el sitio irradiado; pero se han presentado gran focos metastásicos alrededor de la mama, y edema de to del lado afecto. Tenemos á esta enferma en observació abrigar ninguna esperanza. El caso era inoperable.

16. Otro cáncer de la mama, enorme, ulcerado y de aspecto. Durante el tratamiento Röntgen se observó tam prendimiento de una gran masa de tejidos, quedando en la una oquedad de grandes dimensiones (fig. 25). El c

Digitized by Google

mejorías transitorias y de escasa importancia, fué malo en general, y se observó la aparición de focos metastásicos en las proximidades de los sitios irradiados, lo mismo que en el caso anterior. Se abandonó el tratamiento, pues el pésimo estado general de la paciente la imposibilitó muy pronto de concurrir á nuestro Gabinete.

17. Otro cáncer de la mama, en una mujer de setenta y siete años de edad, igualmente inoperable. Sin modificación favorable importante. Se abandona el tratamiento.

18. Cáncer de la lengua, muy extenso. Hubo necesidad de suspender las irradiaciones después de practicado un corto número de ellas, pues las hemorragias impidieron el verificarlas debidamente.

19. Cáncer del maxilar inferior. Después de practicadas doce irradiaciones se suspendió el tratamiento sin haberse observado cambio favorable. El paciente fué operado.

20. Cáncer de la mama derecha, en una mujer de treinta y siete años de edad. Reducción acentuada de la masa tumoral; pero tuvo que abandonarse el tratamiento por causa del mal estado general de la enferma. Se nos comunicó, algún tiempo después, que la paciente continuaba muy grave. La neoplasia era ya inoperable al iniciarse el tratamiento Röntgen.

21. Cáncer de la mama izquierda, ulcerado. La paciente se niega en absoluto á la intervención quirúrgica. Después de obtenida una reducción bastante acentuada del tumor, se suspende el tratamiento por el mal estado general de la enferma; gran postración, temperaturas, inapetencia extrema y formación de varios abscesos en la glándula mamaria. Gracias á una enérgica medicación el estado general ha mejorado algo, pero la lesión local sigue lo mismo. Desconfiamos de obtener ningún beneficio definitivo.

IV

Actualmente tenemos en tratamiento los siguientes casos:

1. Cáncer de la mama izquierda, en una mujer de cuarenta años. Se han practicado ya varias irradiaciones, agrupadas en series separadas por largos períodos de descanso, sin conseguir por ahora modificación favorable apreciable.

2. Epitelioma ulcerado de la mejilla, notablemente mejorado después de una primera serie de irradiaciones. Más tarde hubo necesidad de insistir, hallándose actualmente en pleno período reactivo (fig. 26).

3. Epitelioma del labio, en un individuo de cincuenta y cinco años de edad, en el que se ha conseguido una mejoría bastante acentuada. Permanece ahora en observación, esperando la oportunidad de reanudar el tratamiento.

Digitized by Google

4. Otro epitelioma del labio, en un sujeto de setenta y
de edad. Igualmente mejorado.

5. Cáncer de la mama, en una mujer de cincuenta y
Disminución de la induración del tumor en su parte pro
ducción del volumen total. Se prosigue el tratamiento.

6. Epitelioma de la nariz, operado dos veces y rec

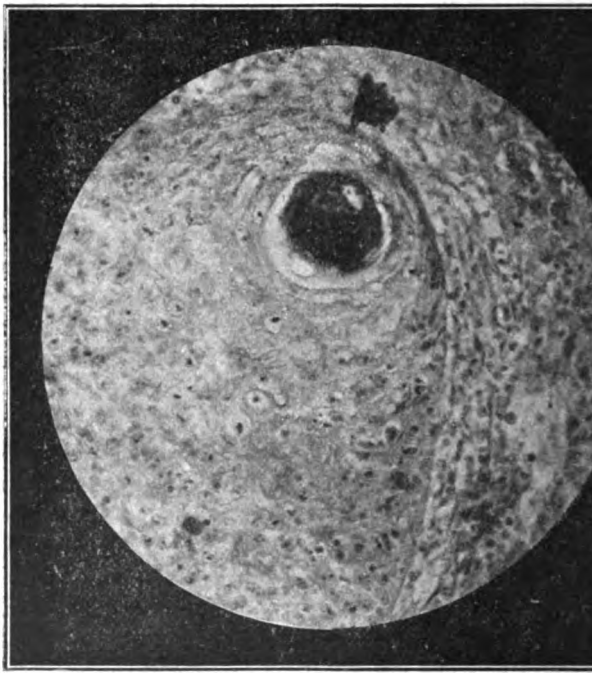


FIG. 26.

ulceración está hoy casi cicatrizada por completo. En c

7. Cáncer de la mama, operado dos veces y recidiva
muy acentuada. En observación.

8. Cáncer de la mama, operado y con evidentes señ
diva. Mejoría. Prosigue el tratamiento Röntgen.

9. Epitelioma de la nariz. Casi cicatrizado por comp
de siete irradiaciones. En observación.

V

Réstanos, para completar el número de los casos
principio de la comunicación, exponer algunos en los
practicado la irradiación Röntgen con carácter preve

Digitized by Google

cándola á las cicatrices operatorias inmediatamente después de la intervención quirúrgica, para ver de contribuir en lo posible de esta manera á la supresión ó disminución de las recidivas. No ha transcurrido todavía tiempo suficiente para deducir de los casos tratados la seguridad de obtener con este procedimiento una garantía absoluta; pero seguimos con empeño el curso de los pacientes irradiados en estas condiciones, para poder establecer, una vez transcurrido un plazo satisfactorio, conclusiones definitivas. Los casos son los siguientes:

1. Mujer de cincuenta y seis años de edad, operada de cáncer atrófico de la mama. Cicatriz operatoria en excelentes condiciones macroscópicas. Diez y nueve irradiaciones al poco tiempo de la intervención quirúrgica. Ha transcurrido cerca de un año sin la menor novedad.

2. Hombre de cincuenta y dos años, operado de cáncer de la lengua; amputación parcial del órgano; cicatrización completa y en buenas condiciones. Tres irradiaciones intensas verificadas hace tres meses. Actualmente sin la menor novedad.

3. Mujer de treinta y tres años, operada de histerectomía abdominal total por cáncer de la matriz. Las condiciones especiales en que se ha verificado la irradiación, en este caso, creemos merecen ser expuestas con ciertos detalles. La paciente fué operada por el Dr. Antonio Raventós, en 18 de Febrero del corriente año, practicándose la extirpación del útero y anejos, de la red linfática y ganglionar hasta el fondo sacro-vertebral (vaciamiento pelviano) y resección del fondo de la vejiga urinaria hasta á un centímetro de la desembocadura de los uréteres. Por previo acuerdo con nosotros, y una vez bien calculado el asunto, el mencionado cirujano dejó abierta la pared abdominal en una extensión de unos 8 centímetros de longitud, lo que permitía practicar perfectamente por el boquete resultante las irradiaciones intra-abdominales que se juzgaran necesarias. Después de algunos días de observación, durante los que se mantuvo taponada la cavidad con una bolsa Mickulicz, repleta de gasa muy apretada, y no habiéndose presentado ninguna complicación inmediata, salvo una ligera y transitoria elevación de temperatura, se procedió á la irradiación Röntgen con las debidas precauciones, variando la dirección del foco radiógeno durante la sesión, de manera que los rayos cayeran sucesivamente sobre todos los puntos de la cavidad pelviana. En esta forma se practicaron siete irradiaciones en veinte días, sin que se presentara ningún contratiempo, y habiéndolo tolerado la enferma perfectamente. Las irradiaciones se practicaron en la misma Clínica del Dr. Raventós, donde se hizo la intervención quirúrgica, y utilizamos con éxito completo la instalación portátil que poseemos en nuestro gabinete. La

Digitized by Google

adjunta fotografía (fig. 27) da idea aproximada de la dis
nica empleada para practicar las irradiaciones. Brevem
cederá á la sutura de la pared abdominal (que irradiar
diatamente de verificada), y después completaremos el
con algunas irradiaciones verificadas por la vagina y

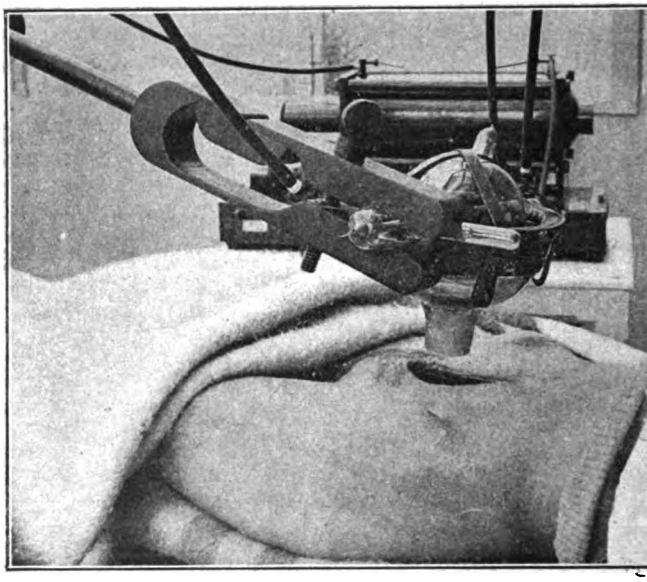


FIG. 27.

la pared del abdomen. El tiempo dirá lo que puede esper
acción mancomunada de la cirugía y la röntgenoterapi
de luego la práctica ha demostrado que la nueva maner
der es factible y no ofrece peligros para el enfermo (1).

VI

Del examen en conjunto de los casos tratados pue
derse que la acción de los rayos Röntgen sobre las neop
liales es indudable; debiendo consignarse, sin embargo,
muy lejos de poder esperar una acción constante y favo
dos los casos. En general, es admisible una acción bast

(1) Los datos expuestos en la comunicación se refieren al estado de la
fecha de la presentación del trabajo al Congreso Röntgen de Berlín. Act
practicado ya la sutura de la pared abdominal, completamente cicatrizad
verificado las irradiaciones anunciadas. El estado general y local de la p
de ser más favorable.

Digitized by Google

en las lesiones superficiales y en algunos casos, muy pocos, de neoplasmas profundos. Se explica perfectamente esta diversidad de acción, al tener en cuenta las grandes pérdidas que por absorción han de sufrir forzosamente los rayos á medida que atraviesan mayores espesores de tejidos; y también las alteraciones y transformaciones que sufren al través de los mismos, y que han de modificar en su esencia sus propiedades terapéuticas. Hemos podido observar, además, que los tumores que asientan en órganos muy vascularizados ó constituídos por grandes masas de tejidos blandos son los más refractarios al tratamiento, como si la acción, en cierto modo tardía, de los rayos Röntgen fuese insuficiente para contrarrestar la marcha progresiva de la enfermedad, quedando casi siempre esta última vencedora. Los tumores constituídos por grandes masas de tejidos enfermos tampoco son los más apropiados para esperanzar un resultado favorable; la resistencia que esta masa opone á la acción de los rayos constituye sin duda el principal obstáculo para la curación. Por otra parte, nos parece peligroso provocar reacciones violentas en tales casos, con el pretexto de ganar tiempo y adelantarse, en cierto modo, al progreso del mal. Con reacciones de esta naturaleza pocas veces se alcanza el resultado apetecido, y exponemos al paciente á graves trastornos, ya locales, ya generales, como si la desintegración rápida de la masa tumoral favoreciese el arrastre de gran cantidad de productos patológicos, y la consecutiva formación de nuevos focos por metástasis. Debemos consignar, con todo, que en ningún caso nos ha sido posible comprobar claramente la aparición de nódulos lejanos. En algunos enfermos en quienes aparentemente se presentó este fenómeno, una observación atenta permitió suponer la coexistencia de localizaciones profundas concomitantes, ó por lo menos en vías de formación. Tal sucedió en un caso de cáncer de la mama, operado y recidivado, que presentó el cuadro de una mielitis; la paciente aquejaba ya, al dar comienzo á las irradiaciones, dolores intensos en la región dorsal. Otro caso de cáncer de la mama, muy antiguo é inoperable, ofrecía dolores ciáticos y fundadas sospechas de alguna localización abdominal desde los primeros días del tratamiento Röntgen. Otro caso de cáncer del labio, con localizaciones tardías en la vejiga, presentaba desde mucho antes trastornos urinarios, etc., etc. Lo que resulta indudable es la aparición rápida de nódulos cutáneos alrededor de la zona irradiada (lo hemos podido comprobar en varios casos de cáncer de la mama), y, por tanto, siempre resultará prudente tener en cuenta tales fenómenos y estudiarlos detenidamente, para evitar en lo posible complicaciones graves. La aparición de algunos trastornos de carácter general nos parece también muy probable, pues en algunos casos la reducción del tumor ha coincidido con aumentos de tempera-

Digitized by Google

tura, aparición de edemas, abatimiento y malestar del
cétera. Nada más complejo y menos conocido todavía q
tornos; y, por consiguiente, nunca estará de sobra la
ta prudencia por parte del operador para procurar sor

El carácter clínico de la neoplasia es el factor que
ahora más importante para la oportuna aplicación de
terapia. En general, las formas de evolución lenta, que
largo tiempo estacionarias, son las que pueden proporci
éxitos. Quizás el estudio de la constitución histológic
podrá en su día servir de norma para seleccionar tale
hoy no hemos encontrado todavía la clave en la variab
mas resultante de las preparaciones histológicas practi
tintos casos; y más creemos poder basarnos en el as
clínico de la enfermedad.

Entre las varias preparaciones histológicas aquí pr
microfotografía, pueden observarse formas de epitelio
del cuerpo de Malpighio, lobulados y de globos epidérmi
epibulbar plana, encefaloide, etc., sin que los resultad
cos hayan coincidido, en su mayor parte, con una dete
ma histológica. En algunos casos hemos intentado tam
gar las alteraciones que durante el curso del tratamien
taban en los tejidos enfermos irradiados; y, por resulta
incompletos, poco nos ha sido dable comprobar en est
un caso de cáncer de la región frontal se pudieron o
nos cortes en distintos períodos del tratamiento; pero es
ciones resultaron poco demostrativas. Se trataba de
la constitución histológica de los epiteliomas derivado
de Malpighio, de la piel: cordones de células epiteliales
separados por tejido conjuntivo abundante en células
los de mayores dimensiones contenían globos epidér
treinta días de comenzado el tratamiento se observaron
diferencias, consistentes principalmente en aumento de
el tejido conjuntivo, que se presentaban también en ab
el tejido canceroso, constituyendo acúmulos en el centr
nódulos. Después de cincuenta días se observó distin
alteración en la túnica endotelial de algunos capilares;
ba engrosada hasta el punto de obliterar casi por co
del vaso. Los nódulos epiteliales presentaban aún en
su vitalidad normal, pues las células no ofrecían ningu
perceptible. No pudo llevarse más adelante este estudi
de epitelioma del labio se pudo observar, después de ca
ciones, una intensa infiltración leucocitósica, pero sin
importantes en las células epiteliales. En un cáncer
pudieron comprobarse fenómenos de endoarteritis en l

Digitized by Google

Los análisis de la orina y de la sangre, verificados en algunos casos durante el tratamiento, tampoco proporcionaron datos de interés clínico. En los de la sangre pudo observarse ligera leucocitosis en todos los casos, y en uno solo aumento de basófilos y ligero grado de hiperhinosis.

En la manera de reaccionar de los tejidos irradiados si que hemos podido notar tan asombrosas diferencias, que consideramos aún del dominio de la incógnita tan complicado y variado mecanismo de acción, refiriéndonos, por supuesto, á condiciones de tratamiento siempre iguales ó muy semejantes. En los epiteliomas cutáneos, en los que nunca ha sido preciso traspasar los límites de una reacción moderada, se ha manifestado el efecto de los rayos por desecación de la superficie irradiada, desaparición del prurito, cambio del color de la ulceración (que lo adquiere de un rosado más agradable á la vista), cutización y cicatrización de los bordes de la úlcera, que se aproximan lentamente hasta quedar cerrada por completo, y formación de un tejido cicatricial flexible, sin retracción notable, pálido y en excelentes condiciones estéticas; en algunos casos, hiperpigmentación de las partes no ulceradas (especialmente en las personas morenas) y ligera infiltración edematosa. En los cánceres profundos ha sido siempre preciso recurrir á reacciones más intensas para conseguir algún resultado; y en tales casos indudablemente se acompaña con frecuencia el proceso reactivo de fenómenos generales y locales de importancia, consistentes en elevación de la temperatura (siempre transitoria), extensos edemas, exulceración, infarto de algunos ganglios, malestar general, etc. La desaparición del dolor puede considerarse como constante en todos los casos, persistiendo el alivio durante mucho tiempo, aun en enfermos en los que se abandonó el tratamiento por considerarlo impotente. Hay que exceptuar de esta regla los casos de cáncer de la lengua, en los que el alivio ha sido por lo general nulo ó poco marcado, habiéndose, en cambio, presentado en algunos irradiaciones dolorosas intensas en varios sentidos.

En los casos graves, si se quiere obtener mayores probabilidades de un buen resultado, nos hemos convencido de la necesidad de obrar el röntgenólogo en combinación con el cirujano. Este último, eliminando las grandes masas de tejido neoplásico ó facilitando el acceso á cavidades profundas, puede favorecer extraordinariamente la tarea del röntgenólogo. Además, de esta manera se excluye el peligro á que conducen las reacciones violentas, á las que sería preciso recurrir con frecuencia cuando se irradian grandes masas tumorales. Al exponer los casos tratados, ya hemos consignado que en algunos de ellos se ha obtenido el desprendimiento de grandes masas de tejidos enfermos, pero siempre á costa de irradiaciones inten-

Digitized by Google

sivas, que no creemos prudente emplear ordinariamente. Este desprendimiento, por otra parte, no es lo suficiente rápido para detener los progresos del mal, ni siquiera para conseguir resultados paliativos importantes.

Cuatro palabras sobre algunos puntos de técnica general, y terminaremos nuestro trabajo, que ya tememos se haga sobrado extenso. Por lo que hemos podido observar, las irradiaciones verificadas con tubo blando ó semiblando resultan muy superiores en efectos terapéuticos á las procedentes de tubo duro. Desconfiamos en general de estos últimos, y sólo los empleamos en contados casos, y únicamente en la terminación del tratamiento. Las irradiaciones se practican espaciadas, en grupos de tres á ocho, y éstas en días alternos. No hay inconveniente, sin embargo, en verificar algunas diariamente dentro de la primera serie; en cambio, cuanto más adelantado esté el tratamiento, mayores deben ser los intervalos en los que las sesiones se verifiquen. Ningún resultado favorable hemos obtenido con la interposición de hojas de aluminio entre el tubo y la parte irradiada, aconsejada por algunos autores en el tratamiento de las neoplasias profundas. La administración de las sales quínicas al interior tampoco nos ha dado ningún resultado favorable en el curso local de las neoplasias sometidas á la röntgenoterapia. Actualmente estamos ensayando las inyecciones intersticiales de bromhidrato de quinina, practicadas alrededor de la región invadida, pero no poseemos todavía datos suficientemente precisos para dictaminar sobre su acción. Finalmente, creemos que, hoy por hoy, la marcha de la reacción es lo que debe servir de principal guía al especialista para asesorar su conducta.

CONCLUSIONES

1.ª La röntgenoterapia está indicada en las neoformaciones cutáneas y en aquellas externas de superficie tan extensa, que se hace poco menos que imposible una extirpación radical. La indicación es mucho más precisa cuando se trata de regiones del cuerpo donde una intervención quirúrgica puede dar lugar á retracciones cicatriciales que comprometan una función (párpados).

2.ª Neoplasias intersticiales, glandulares ó viscerales poco extensas, bien delimitadas, de evolución lenta, con escaso ó nulo acompañamiento de infartos ganglionares y en individuos de estado general bien conservado.

3.ª Neoplasias inoperables, como última esperanza de curación, casi nunca realizada, ó como paliativo insustituíble (desaparición del dolor y de la secreción saniosa, cicatrización parcial de las partes ulceradas, limitación de la marcha progresiva del mal, etc.), pro-

Digitized by Google

curando siempre evitar, en lo posible, la determinación de reacciones intensas.

4.ª Recidivas recientes de los casos operados, consiguiéndose con frecuencia detenerlas ó hacerlas desaparecer. Cicatrices operatorias consecutivas á la extirpación de un cáncer, aun presentando condiciones macroscópicas perfectas; aunque la acción de los rayos Röntgen no está lo suficientemente comprobada en estos casos, creemos que de esta manera se ha de limitar generalmente el número de las recidivas.

5.ª En los casos de grandes masas neoplásicas y de tumores cavitarios ó viscerales nos parece indispensable ceder al cirujano el primer lugar, con objeto de que, cuando sea útil aplicar la röntgenoterapia, elimine la masa de tejidos enfermos que dificultaría y retardaría la acción de los rayos, ó con el de hacer accesibles á éstos regiones del organismo donde difícilmente podrían ejercerla sin su concurso (1).

Barcelona, 1905.

---

(1) Las fotografías de casi todos los casos clínicos expuestos en la presente comunicación, dirigida en alemán al Congreso de Berlín, acompañaban separadamente á la misma en el acto de ser presentada. En la versión española que publicamos ahora, sólo se reproducen las que hemos considerado de mayor interés para la ilustración del trabajo.

Digitized by Google

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGIN

LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES

(ESTUDIO HISTOLÓGICO)

POR D. TOMÁS RODRÍGUEZ PINILLA

Alumno del tercer grupo de Medicina en la Universidad de Sal

Sin.: Glándula, órgano, cuerpo, cápsula suprarrenal. *Nebenniere,* de
Adrenal, suprarrenal body, de los ingleses.

El estudio de las glándulas suprarrenales, descubier
taquio, no adquirió gran impulso hasta que Addison (e
radicar la causa de la enfermedad que él llamaba *bron*
fermedad bronceada), y que después ha llevado su nom
lesión de dichos órganos, principalmente de naturaleza

Posteriormente á este clínico, se han hecho estudios
fisiológicos y embriológicos numerosos y detenidos, hast
cuantos años, en que han dejado de hacerse, sin duda p
cia de que sabemos de dichos órganos lo necesario para
sus oscuras funciones.

Y sin embargo, nada tan lejos de la verdad; pues aú
sobre el tapete multitud de cuestiones trascendentales
origen, estructura y funciones. Así, por ejemplo, no sab
cia cierta qué origen tienen las sustancias cortical y me
ceden de dos esbozos distintos (prescindiendo por ahor
bozos sean éstos) ó si, por el contrario, la célula medul
que una cortical modificada, como quieren Gottschau y
cuales hasta describen las formas de transición; si la
empeña la función antitóxica y la medula la angiotónic
externa de la fasciculada segrega ella sola esas grasa
que se supone son secreciones de estos órganos (las lecit
segregadas por toda la región cortical; si las células l
Guieysse *espongiocitos* son privativas de esa misma pa
de la fasciculada; una multitud de cuestiones, en fin
buena muestra las precedentes.

Vamos, pues, á intentar hacer un estudio histológico
ganos, basado en las glándulas del cobaya, que es don
mente han recaído nuestras investigaciones.

A continuación hablaremos de las terminaciones ner

Digitized by Google

cuyo tema tántas opiniones se han suscitado, y tratando en el curso del trabajo, sólo por incidencia, las cuestiones relativas á su fisiología y embriología.

División de su estudio.—Dividiremos para su estudio á la glándula suprarrenal en dos regiones principales, que son: cortical y medular; precedidas ambas de unas nociones acerca de su armazón conjuntivo, que constituye la cápsula propia, y las prolongaciones de la misma al interior del órgano.

Cápsula.—Las glándulas suprarrenales, como todos los órganos de naturaleza glandular, poseen una cápsula conjuntiva propia (de 1,0163 de densidad, según Krause), de la cual parten prolongaciones al interior de la misma, en sentido radial al principio (zonas glomerular y fasciculada), y formando después una red (zona reticulada y región medular).

Está constituída por hacecillos conjuntivos abundantes, células estrelladas, fibras musculares lisas, algunas elásticas, y por último, en el cobaya suelen encontrarse ejemplares de las Mastzellen de Ehrlich ó células cebadas.

Los hacecillos conectivos forman una sólida cubierta, entremezclándose entre sí y formando una red apretada en cuyos resquicios se encuentran los demás elementos.

Las células fijas del tejido conjuntivo, de forma estrellada ó fusiforme, y que se caracterizan por su núcleo pobre en cromatina, son relativamente poco abundantes y se encuentran colocadas entre los hacecillos conectivos.

En cambio, lo son mucho las fibras musculares lisas, que están abundantemente repartidas en toda la cápsula y en las prolongaciones que ésta emite al interior; pudiendo decirse que los elementos celulares, y entre ellos principalmente los corticales, están envueltos en una red contráctil.

Encuéntranse también, según los autores, algunas fibras elásticas y células cebadas; nosotros no hemos podido observarlas en ninguna ocasión.

Por último, hemos de hablar de unos corpúsculos especiales que hemos visto en la cápsula de la glándula suprarrenal del cordero.

Estas células, que en la cápsula de dicho animal son muy abundantes, tienen una forma estrellada; poseen un núcleo que se destaca en claro y unas prolongaciones de aspecto granuloso, abundantes, que emergen en todos sentidos.

No hemos podido teñir el cuerpo ni las prolongaciones, pudiendo observarlas perfectamente en estado fresco. Creemos, en una palabra, que se trata de células pigmentarias, análogas á las que tan

Digitized by Google

abundantemente se hallan repartidas en la piel y otros
los batracios y reptiles. A estas células se debe el co
oscuro que presentan las glándulas de aquel animal.

La cápsula, como ya hemos dicho, emite prolongacio
rior de la glándula. Estas son de dos clases: unas que se
por las capas de la corteza, singularmente por la fascicul
están colocadas entre cordón y cordón celular, acompañ
vasos y nervios que llevan esa misma dirección; y por
da, donde forman los hacecillos conjuntivos principalmer
pecie de vainas alrededor de los retículos celulares de
que luego describiremos.

Las otras se dirigen, también radialmente, hacia el ce
gano, pero no se distribuyen hasta que llegan á la zona
de la corteza y región medular, donde se ramifican forn
pos esféricos y poligonales, en cuyo interior se albergan
celulares de estas regiones, así como los numerosos vasos
mente venosos. Es de notar la riqueza de células conjunti
células de que están provistas estas prolongaciones caps

Arnold ha hecho una clasificación de las zonas cortica
dose en la disposición del tejido conjuntivo, que en sus r
rales difiere poco de las ya establecidas sobre la base de
tos morfológicos; sin embargo, como puede concebirse
no ofrecen estos datos un criterio seguro para la descrip
diferentes regiones, dado que hay animales que, como e
carnero, tienen gran abundancia de estos elementos de so
tras que hay otros, como el cobaya, en que son muy esca

Región cortical.—La región cortical se caracteriza n
camente por su color amarillento; es firme, consistente y
las dos terceras partes de la glándula. Tratada por el ác
aun después de lavada, se ennegrece, cosa que la difere
medular; no dando, en cambio, positivas las reacciones
matos (Henle), sales de iodo y percloruro de hierro (Vu
son características de esta última.

Para su estudio, la dividiremos en tres porciones: gl
bulbosa, fasciculada y reticular. Nosotros no encontramos
la división de la fasciculada en dos, externa ó de los espo
interna ó fasciculada propiamente dicha, como quiere
opinan algunos otros autores; pues, como veremos, el ca
damental de esta división (la presencia de los espongioci
ne ningún valor, porque estas células especiales se encu
sólo en toda la extensión de la fasciculada, sino aun en l
y en mucho menor número en la glomerular.

Parte externa de la corteza.—Llamada también glom

Digitized by Google

bosa por Gottschau, de los arcos por Renaut, nombres dados todos por su forma: esta primera zona varía mucho de unos animales á otros, y aun en el mismo animal, según las diversas circunstancias; siendo, por lo tanto, todos esos nombres verdaderos en cada caso. Así, en el perro y caballo su aspecto es característico; está formada por cordones celulares que se incurvan caprichosamente en forma de arcos, ó como circunvoluciones cerebrales; por los extremos de estos arcos, cuya convexidad mira á la cápsula, se continúan generalmente con los cordones celulares más ó menos radiales de la fasciculada.

En cambio, en el cobaya, buey y hombre, esta disposición desaparece para formar un todo continuo, una capa maciza sin forma comparable, cuyas células, de pequeño tamaño (10 á 12 micras), son oscuras, granulosas, con un núcleo oval que presenta muy á menudo fases mitósicas, y que se tiñe muy intensamente por los reactivos de la cromatina nuclear. Es, pues, muy probable, casi seguro, que esta capa, que podríamos llamar *germinal* (nombre que nada prejuzga acerca de su forma), sea el origen de todas las células de la corteza que en las capas sucesivas acabarían de sufrir su evolución.

Sin embargo, no se crea por esto que no poseen función secretoria alguna, pues en los preparados con los líquidos de Fleming y Pal, á base de ácido ósmico, y con el mismo ácido ósmico aplicado en masa, se descubren abundantes gotitas de grasa, bastante más finas que las que se encuentran en la fasciculada, que, además, son muy numerosas y se encuentran diseminadas por todo el protoplasma celular. Aun en los preparados hechos á favor del método rápido de Golgi (modificación de Cajal) en animales recién nacidos, gato y cobaya, se notan estas gotitas grasosas, que se ven admirablemente en toda la región cortical, resaltando sobre un fondo amarillo transparente.

Ordinariamente, las células de esta capa, que son las más pequeñas de toda la glándula, tienen forma prismática, ó bien fusiforme ó aplanada, debido á la presión recíproca que ejercen las células de esta capa entre sí.

A veces se observa que la división nuclear no va seguida de segmentación protoplásmica, debido sin duda al gran número de elementos que existen colocados en muy poco espacio.

Puede suceder, y de ordinario sucede en los animales jóvenes que poseen gran cantidad de tejido conjuntivo, como el carnero ó el perro, que éste forma un verdadero estuche que rodea á un grupo más ó menos numeroso de células, aislándolas del resto y formando nódulos empotrados á veces en plena cápsula. Sin embargo, en la edad adulta esta primera capa es la que menos tejido conjuntivo contiene.

Digitized by Google

Además de las gotitas de grasa señaladas antes, puede encontrarse también en las células glomerulares finísimas granulaciones amarillentas, de las que se han llamado pigmentarias, y que encontraremos de nuevo en la zona reticular.

Parte media de la corteza. — Esta segunda capa ó fasciculada está caracterizada por la disposición radial de sus cordones celulares, muy pronunciada, sobre todo en la mitad interna que aboca á la tercera ó reticulada.

Guieysse distingue en ella dos porciones: una, más externa, caracterizada por la presencia de esas células especiales á las que llamó espongiocitos y por ser menos marcada la convergencia de sus cordones; y otra, interna, constituída por otras células que no tienen aquel carácter y en las que su dirección radial es mucho más marcada. Nosotros, sin embargo, no podemos seguir esta división desde el momento en que sabemos que el espongiocito no es privativo de la parte externa de esta capa segunda, sino que se encuentra, como ya hemos dicho antes, en toda la región cortical.

Los cordones celulares se hallan separados entre sí por tejido conjuntivo, poco abundante, y sobre todo por capilares linfáticos, en contra de lo que dicen la mayor parte de los autores, que opinan que son sanguíneos, pues nosotros hemos podido observar muchas veces leucocitos, generalmente linfocitos, y en cambio no se ve nunca un glóbulo rojo.

Esto es lo observado hasta aquí por todos los autores, según puede verse en las descripciones clásicas. Sin embargo, dando cortes tangenciales al órgano se puede observar una disposición muy notable. En efecto: observando atentamente los cortes hechos en esta forma, se ve que no sólo son cordones celulares los que constituyen esta capa, sino verdaderos *cilindros* en inmediato contacto unos con otros, cuyo centro está ocupado por un capilar linfático, donde van á parar, por secreción merocrina, los productos del trabajo de estas células.

Ordenadas las células de esta manera, recuerdan en cierto modo la disposición que se observa en las hepáticas en la formación de los lobulillos; aunque en este caso se encuentran los capilares sanguíneos y biliares en dirección de las trabéculas celulares, mientras que en el nuestro sólo hay capilares linfáticos y son perpendiculares á los cordones parenquimatosos, por lo menos en los cortes dados en la citada dirección tangencial.

Las células de esta zona son de forma cúbica ó poligonal, otras veces alargadas, y aun pueden tener formas mucho más caprichosas. Su diámetro es de 15 á 20 micras, por término medio. El núcleo, redondeado y que á menudo yace en un polo celular, tiene generalmente un armazón de cromatina reticulada; puede presen-

Digitized by Google

tar, sin embargo, una especie de concentración cromática, observándose sólo tres ó cuatro gruesos acúmulos de cromatina que se tiñen enérgicamente, y unidos entre sí por filamentos muy pálidos de linina. Otras veces, en fin, la cromatina es difusa, coloreándose el núcleo uniformemente.

Observadas en fresco, en cortes dados á favor del aparato de congelación y teñidos por ácido ósmico, se ve que el protoplasma está abundantemente salpicado de gotitas de esa grasa especial (la lecitina) que éstas segregan. En la parte externa de la zona son muy finas, abundantemente repartidas en todo el protoplasma; y á medida que se aproximan á la parte interna se van haciendo más raras y gruesas, habiendo célula en la cual su protoplasma es una enorme gota grasienta que arroja el núcleo contra la membrana celular. Pueden observarse otras disposiciones que varían al infinito, según la forma de la célula; así hay ocasiones, sobre todo en aquellas de forma alargada, en que las gotitas grasientas ocupan los dos polos de la misma, dejando el centro reservado para el núcleo.

No pretendemos hacer esto una ley general, pero es lo más frecuentemente observado.

Esta grasa varía muchísimo según los animales, la edad, el sexo, las estaciones, el régimen de vida, etc. Según Hultgren y Anderson, serían más abundantes en los carnívoros y solípedos que en los rumiantes.

Se colora en azul por el método de Pal, como la mielina, así como por el método de Veigert modificado por Regaud.

La grasa, puesta ya en evidencia por el ácido ósmico, es muy inestable; así vemos que se disuelve en el xilol, alcohol, cloroformo, esencias, aceite de cedro, etc., y entonces queda el protoplasma celular en esa disposición característica alveolar, igual á la que Büstchli describió para todos los protoplasmas y que ha dado origen á que Guieysse les diera el nombre de *espongiocitos*.

El protoplasma de estos espongiocitos está surcado por unos filamentos muy tenues que lo recorren en todas direcciones, y que circunscriben unos espacios redondeados donde se aloja la grasa segregada por estos elementos.

Este verdadero retículo protoplásmico lo hemos impregnado de negro por el método del nitrato de plata reducido.

Los filamentos forman un círculo alrededor del núcleo, del cual se hallan separados por un espacio más claro; de este círculo parten trabéculas que divergen hacia la membrana celular y limitan espacios ovales ó redondeados. Secundariamente emergen de estas gruesas trabéculas otras más finas, que deben ir á limitar más pepequeños espacios circulares, pero ya no se ven á causa de su extremada delicadeza y de la dificultad de la total impregnación.

Digitized by Google

En estas mallas y en los puntos de encuentro de lo
que las constituyen, Ciaccio ha descrito y figurado un
ciones á las que se llama *oxifilas*. Son pequeñas, redor
fringentes, insolubles en alcohol, éter, cloroformo;
ácido ósmico y se coloran por el carmín neutro, la hema
anilinas ácidas. El mismo autor señala, en la parte int
capa, la presencia de cuerpos sideróflos, de centro cla
alrededor del núcleo, ó en un polo del elemento.

Estas últimas han sido confirmadas por Guieysse p
la hematoxilina férrica, dándoles el mismo nombre de
considerándolas como formaciones ergastoplásmicas. I
laciones tampoco son patrimonio de una parte de la se
sino que abundan en toda la región cortical.

Bardier y Delamar consideran á estas formaciones
micas como una revelación inexacta de los procedimi
dos. Y se apoyan para esto en la ausencia de tales cue
filos allí donde el fijado es irreprochable.

Además de la gotas de grasa y de estos cuerpos sid
lon ha señalado la existencia, en las células de la fas
unas granulaciones que se tiñen por la fuchsina, el vic
ciana y el Gram. Estas nuevas granulaciones existirían
de la célula que mira á los capilares linfáticos, á los c
parar por secreción merocrina. No hemos podido ó s
marlas.

Por último, estas células pueden presentar los fenó
división indirecta ó kariokinética, según lo atestiguan l
ciones de Canalis, Gottschau, Mulon y las nuestras. E
pueden observar algunos ejemplares celulares que tie
cleos, bien perfectamente aislados ó unidos por un pe
menos grueso. También puede observarse alguna que
división directa. Sin embargo, hay que advertir que est
de división no son constantes y constituyen la excepción

Parte interna de la corteza.—Llamada también
pigmentaria, está constituída esta capa por los cilindro
lulares de la fasciculada, que al llegar aquí se incurva
círculos: verdaderas vesículas cerradas, donde las cé
una evolución completamente distinta á la que hemos
capas anteriores.

Las células que rellenan ó tapizan estas vesículas
recidas en tamaño y forma á las que constituyen la fasc
dinariamente están, en el cobaya al menos, dispuestas
filas, contando de afuera á adentro, ó bien en grupos ó
lares característicos, representando de ordinario las cél
ternas del grupo tipos más adelantados en su evolución

Digitized by Google

Cada vesícula está rodeada por una finísima membrana basal, y más lejos por abundante tejido conjuntivo, en el que hay, además de los hacecillos, células conjuntivas de forma estrellada ó fusiformes. No siempre estas vesículas están independientes unas de otras, pudiendo continuarse con las inmediatas á favor de puentes celulares.

Su forma es muy variable: de ordinario son redondeadas, apareciendo en los cortes transversales, que comprenden todo el órgano, como una serie de circulitos celulares que separan muy claramente la región cortical de la medular; otras veces su forma es alargada y más rara vez poliédrica ó triangular, dependiendo esto de la disposición de las vesículas cercanas, así como de los cordones de la fasciculada.

Las células que tapizan estas vesículas están provistas, como ya notaron Stilling y Grandy, de unas granulaciones amarillentas que varían mucho de tamaño: desde límites inconmensurables, hasta dos y tres micras. Estas granulaciones no se tiñen por ningún reactivo colorante de los actualmente usados, á pesar de la opinión de Mulon, que dice que ha teñido los más finos por la fuchsina. Nosotros creemos, sin embargo, que lo que ha impregnado no eran las citadas inclusiones, sino unos gránulos finísimos que están colocados sobre los filamentos del retículo y que parecen espesamientos de estos mismos filamentos, prestándose á confusiones con las más finas inclusiones amarillas.

No son atacables por el cloroformo, alcohol, xilol, ácidos y álcalis. Abundan en la suprarrenal del hombre y cobaya, en la del buey, etc. Y pueden faltar casi por completo ó aumentar considerablemente bajo la influencia de múltiples condiciones, como son la edad, el sexo, la gestación, las intoxicaciones, etc. No se encuentran nunca en la medula.

Estas granulaciones recibieron, sin duda á causa de su color, el nombre de pigmentarias, y se pretendió explicar con ellas los trastornos de pigmentación anormal en la piel y mucosas de los addisonianos, fenómeno que se conoce con el nombre de melanodermia; se creyó con esto haber encontrado la causa primera de este síntoma, explicándolo como una consecuencia de la hiperactividad de la glándula y, por consiguiente, del excesivo paso á la sangre del pigmento, que se fijaria en los citados órganos.

Sin embargo, nada tan en pugna con la verdad; *clínicamente*, conocemos numerosos casos de addisonianos típicos, con lesiones profundas de las glándulas suprarrenales, que fueron precedidas de un período de hiperactividad secretoria, los cuales no presentaron nunca fenómenos de melanodermia; por el contrario, *fisiológicamente*, el crecimiento y abundante producción de esta secreción singu-

Digitized by Google

lar coincide con las épocas de gestación en las hembra
caciones, según la estación, etc., no teniendo nada ab
que ver con la enfermedad de Addison, mal llamada
autores enfermedad bronceada; y, por último, la *histo*
dice que este pigmento no tiene nada que ver con las gr
de melanina, raras en el dermis, ni menos con las de *ele*
vier) ó *keratohialina* (Waldeyer), mucho más abundant
telio tegumentario y características de su *estrato gr*
cuales se tiñen (las de eleidina ó keratohialina) por el
matoxilina y anilinas básicas, mientras que sabemos
nulaciones pigmentarias de la suprarrenal no se tiñen
colorante de los conocidos.

Probablemente se trata en estas granulaciones tegum
productos de secreción de las propias células, en cuy
perpigmentación puede ser debida á un trastorno trófic
sistema nervioso.

Pasemos al estudio particular de las células de esta
prarrenal. Para simplificar su estudio, vamos á observ
celulares de su evolución.

En el *primero* la célula, que tiene de 15 á 20 micra
mucho á las que hemos descrito en la fasciculada; se e
tuada en la parte externa de la vesícula; sus límites so
pre muy marcados. Tienen una forma poliédrica ó c
protoplasma presenta finísimas granulaciones amaril
que hemos descrito, y conserva restos de una reticula
cleo, que en algunas células puede ser doble, presenta
la forma de cromatina reticulada, iniciándose una co
cromática que más tarde ha de ser llevada al máximum

Las células del *segundo tipo,* que ocupan la capa int
la vesícula, han sufrido modificaciones de importancia;
nos se hacen más indecisos, el protoplasma se presenta
las granulaciones amarillas que luego lo van á reempla
pleto; la reticulación ha desaparecido casi toda, y, p
núcleo, la cabeza de la célula, es lo que ha sufrido las
nes más importantes; vese muy acentuada la concentra
tica que ya se inició antes, apareciendo ésta acumula
tres gruesos gránulos cromáticos, alguno de los cuales
ya situado fuera del núcleo; otras veces la cromatina
sada en un gránulo único, el cual está rodeado de un es
lar brillante que le hace resaltar mucho, persistiendo to
jo núcleo, del cual ocupa la posición central; y, por ú
tuándose este proceso, acaba por verificarse la enucl
cromatina, ó *kariorrexis,* que se dispersa por el protopl
este momento la célula, que ha cumplido su ciclo ev

Digitized by Google

protoplasma, deshecho el núcleo, que es su órgano capital, pasa al

Tercer tipo: las células, si es que así puede llamarse á las que constituyen este grupo, ocupan el centro ó un polo de la vesícula, resaltando sobre las demás á causa de su gran refringencia. Les daremos el nombre de *ocrocitos* (1) á causa de su color y forma. Vistas á pequeños aumentos aparecen como una masa amarilla, casi siempre esférica ú ovoídea, que ocupa el centro de la vesícula ó un polo de la misma. Pero observadas con un buen objetivo de inmersión, se nota que la masa que constituye el ocrocito no es homogénea, sino que está formada por la agrupación de esferitas pequeñísimas, unidas entre sí á favor de un estroma probablemente albuminoídeo; además, los restos de cromatina que se enuclearon y dispersaron por el protoplasma han confluenciado entre sí y formado un vestigio nuclear, que, sin embargo, nada tiene que ver con el verdadero núcleo, de forma semilunar ú otras variadísimas (estrellada, etc.), que ocupa el borde del ocrocito y que en las preparaciones teñidas con carmín resalta vivamente del medio que le rodea.

Ya está formado el producto de secreción de esta zona, el ocrocito. ¿Por qué medio va á eliminarse? Cuestión es ésta que ha quedado siempre por resolver. Sin embargo, nosotros, examinando los múltiples preparados que hemos hecho con este objeto, podemos afirmar que el ocrocito va á verterse en los *capilares sanguíneos* situados en esta región y los periféricos de la sustancia medular; no es raro verlos fuera de las vesículas que les han dado origen y después en el interior de los vasos venosos que abocan á la vena ó venas centrales. ¿Cómo penetran? No se sabe. Y aquí entramos de lleno en el campo de la hipótesis. Quizá lo hagan á favor de un reblandecimiento del cemento interendotelial de estos vasos, ó bien por osmosis ú otro procedimiento hasta ahora desconocido. Pero el hecho es que éstos se eliminan por la vía sanguínea y directamente.

Además pueden encontrarse en esta región vesículas abiertas, que pueden segregar la lecitina; pero el proceso es el mismo que el que hemos descrito para las demás capas corticales, y no hemos de repetirnos. Solamente haremos notar que las vacuolas que dejan tras sí las gotas de grasa que se disuelven son mucho mayores, pues ocupan casi toda la célula, y que en ellas parece algunas veces que se encuentra el núcleo.

En resumen: hemos visto que la corteza de las glándulas suprarrenales tiene procesos de secreción múltiples: en las dos zonas externas, y aun en parte de la interna, la secreción de las grasas fosforadas (las lecitinas, que tánta importancia van adquiriendo hoy

(1) (De ὠχρός, ocre, amarillo, y κυτος, cavidad, célula.)

Digitized by Google

en día, gracias á los estudios de química biológica de Sp
chard, Chauveau y Danilewsky, su descubridor, investig
le atribuyen un papel importantísimo en el crecimiento
del individuo. Esta grasa se puede presentar bajo dos a
tintos: uno, de grasa casi insoluble en los reactivos ord
la respetan (grasa *indelebil,* de Bernard y Bigart); y ot
más soluble (grasa *labile,* de los mismos autores). Tambi
confirmadas por Mulon, valiéndose de un procedimien
trico, siendo hoy admitida su existencia por todos los
excepción.

En fin, la capa glomerular representa, además, una
nal, con respecto á las demás de la corteza.

Estas grasas se vierten en el sistema linfático de un
y continuo, y por fusión parcial de las células, ó sea l
Ranvier una secreción *merocrina.*

En la zona interna, la secreción de esos cuerpos es
ocrocitos, que quizá desempeñen un papel importante (¿
hoy desconocido, pues rechazamos en absoluto su inter
tiva en cuanto á origen de melanodermias, hipótesis q
nido hasta aquí otro apoyo que el empírico. Estos ocroci
ten en los capilares sanguíneos directamente, y además
completa de las células, constituyendo una secreción *ho*

En las unas, la secrecion es merocrina; en la otra, h
las capas primera y segunda, los productos de secreció
en los linfáticos, haciéndolo las de la tercera en la sangr
estado actual de la cuestión.

Región medular.—La sustancia medular ocupa el
polo del órgano suprarrenal (mamíferos), pudiendo co
con la corteza (pájaros), ó bien constituir una glándula a
sucede en los elasmobranquios, en los cuales ocupa la
prarrenal característica, constituyendo entonces la co
gano impar y medio, colocado entre los dos riñones, y
ter-renal. Estos últimos datos son clásicos, y los debemo
embriólogo inglés Balfour.

Como la medula atraviesa la región cortical en un p
prano del desarrollo, pueden encontrarse más tarde res
tancia medular empotrados en la cápsula conjuntiva de l
y por la misma razón, en la región medular pueden halla
corticales que arrastró aquélla en su emigración. Otras
todo en aquellos animales que tienen abundante tejido
se encuentra marcadamente separada de la corteza por
de esa naturaleza, como sucede en el perro.

En algunas especies, la medula resalta de la corteza,

Digitized by Google

ma de sus células, por su disposición, etc., como sucede en el cobaya, en el que parece que la separación de estas dos partes es absoluta, lo cual, por otra parte, ocurre en la mayoría de los casos (cobaya, perro, buey, etc.). En otras especies no es tan marcada la diferenciación, bien porque sus límites no sean tan precisos, bien por el carácter de sus células, etc.; y esto ha dado origen á una hipótesis muy sugestiva, que supone que tanto la corteza como la medula provienen de un esbozo embriológico único, no representando ésta más que una fase evolutiva de aquélla. Los autores de esta teoría (Gottschau y Srdinko) describen los tipos de transición, como ya hemos dicho. Pero hoy, por lo menos, no se puede admitir esto, dado que parece bien probado por los embriólogos el distinto origen de estas regiones. No entraremos á discutir las distintas opiniones que aun en esta teoría dualista abundan, por no ser propio de este lugar, dada la índole de este trabajo.

Así, pues, admitiremos con Hertwig, Balfour, Braun, Kölliker y Mitsukuri, que la sustancia medular se forma á expensas del cordón ganglionar simpático; y pasaremos á su estudio.

Macroscópicamente la medula se colora de negro por el ácido ósmico, cuando no ha sido preliminarmente lavada; el producto de secreción no es, pues, una grasa; en verde por el percloruro de hierro (Vulpian) y en rojo por los bicromatos y cromatos, llamándose esta reacción *cromafine* por Henle, que la descubrió, la cual es de gran importancia. Estas tres reacciones juntas son de gran valor, pero aisladas (á no ser la de Vulpian) no tienen tanto, pues la reacción del osmio es común á otra multitud de sustancias, y lo mismo pudiéramos decir de la cromafine de Henle; pero, sin embargo, reunidas constituyen una prueba irrefutable de la presencia de sustancias hipertensoras ó vasotónicas, pues la adrenalina, que es el producto de secreción de esta región suprarrenal, presenta *in vitro* las mismas reacciones.

Las células son muy difíciles de fijar; poco tiempo después de la muerte, y más debido á la presencia de abundantes vasos que á las mismas células, pues ya sabemos que el tejido hemático es el que más pronto se altera, se reblandece toda la región y se convierte en una pulpa rojiza, que al dar los cortes en la glándula sale por el centro; de ahí el nombre de *cápsulas suprarrenales* dado á estos órganos, nombre que no se puede admitir porque sanciona un error, por lo cual se llaman hoy glándulas ú órganos suprarrenales.

Estas células están reunidas en grupos de dos ó tres, colocadas en los espacios que dejan entre sí los capilares y venas de esta región, así como el tejido conjuntivo y las fibras musculares lisas, que, como ha mostrado von Brunn, parten de la vena central en dirección radial.

Digitized by Google

Tienen una forma cilíndrica, alargada ó prismátic de 25 á 30 micras. Poseen un núcleo ovoídeo, de ordin pero que puede estar situado en un polo de la célula, e está en aquel más alejado de los capilares. Este núcleo reticulación cromática bien manifiesta, habiendo célula dos ó más (Vialeton, Gottschau).

Cuando la fijación es imperfecta ó muy enérgica, el emite numerosas expansiones, que han dado lugar á qu funda con células nerviosas multipolares. Se distingue que el núcleo es muy aparente, su tamaño es algo mayo y más) y ostentan un núcleo que resalta mucho.

Están provistas, según Canalis, Guieysse, etc., de u trosomas, siendo el protoplasma vacuolado; y además e filo, es decir, que se tiñe de color azul pálido por la h Mayer, estando provisto de numerosas granulaciones.

Estas granulaciones, que, como todos los productos varían mucho, según la edad, la estación, el sexo y otra circunstancias, son refringentes, aunque mucho menos tas de grasa.

Según Ciaccio, las unas serían acidófilas, las otras tas últimas, que son las más comprobadas, se tiñen po genta, safranina, violeta de genciana y el método de Por la tionina y el azul policromo de Unna se tiñen de

Son solubles en el alcohol, y deben serlo en el agu pués de lavados los cortes no se ennegrecen por el os en gris verdoso por el percloruro de hierro, y bajo la i las sales de cromo se tornan amarillas. Por lo cual, y p las la adrenalina, se cree que sólo es producto de secre provincia glandular, como antes hemos dicho.

A estas tres reacciones (Grinffelt-Mulon, Henle y demos añadir hoy otra cuarta, que debemos al ya citad Cajal para neurofibrillas. Trabajando por este procedi tos órganos, se ve que, al revés de lo que pasa en otro ción comienza desde el momento en que se hace uso de trato de plata (al 1,50 por 100), no haciendo luego el r pleado (hidroquinona, ác. pirogálico, etc.) otra cosa que proceso ya iniciado antes. Esto se nota por el color p negro que pueden adquirir desde un principio los troz res sometidos á este tratamiento. En los cortes dados más de otras revelaciones interesantes, se ve que las llenas de unas granulaciones negruzcas que han reduc y que no pueden ser otra cosa que productos adrenal pertensores.

¿Son las glándulas suprarrenales las únicas que, ap

Digitized by Google

funciones, están encargadas en el organismo de elaborar principios vasotónicos? Sabemos, desde los trabajos de Kohn, Stilling y otros, que las células del ganglio timpánico, de la glándula carotídea, de la coccígea de Luschka, etc., cuyo número aumenta de día en día, poseen una cromofilia comparable á las de la células medulo-suprarrenales. Mulon se decide por la afirmativa, porque ha comprobado que las células carotídeas presentan las tres reacciones que hemos descrito (Henle, Greinffeltt-Mulon y Vulpian), y emite además la hipótesis de que habría á lo largo de la cadena ganglionar del simpático otra cadena glandular encargada de las funciones vasotónicas. Es fácil que esta hipótesis pudiera tener un cierto viso de realidad, sobre todo en aquellos animales que podríamos llamar de difusión glandular (gato, por ejemplo), y en los cuales las pequeñas glándulas suprarrenales están compensadas por infinidad de otras pequeñísimas que se hallan dispersas por el mesenterio y acompañando al aparato genital; pero en los animales que asimismo pudiéramos llamar de concentración glandular (cobaya) es ya muy difícil y arriesgado pretender confirmar esta hipótesis.

Nervios.—Son abundantísimos: Kölliker llegó á contar hasta 35 ramos que emergían de los plexos vecinos, solar, renal, etc., aunque pueden provenir directamente del frénico y pneumogástrico. Están constituídos principalmente por fibras de Remak, aunque también las hay meduladas.

Penetran en la glándula principalmente por la parte interna. Forman dos clases de ramas: cortas ó corticales, y largas ó medulares.

Las primeras caminan paralelamente á los cordones de la fasciculada, donde terminan en una pequeña varicosidad ó en bola hueca. También terminan, aunque en menor número, en la glomerular y reticulada.

Las largas ó medulares, según Manouelian, el cual ha trabajado con el método rápido de Golgi en el gato recién nacido, atraviesan la cortical sin abandonar ramos ó abandonando muy pocos, y llegan á la medular; aquí se arborizan, formando un plexo riquísimo alrededor de los grupos celulares.

Nosotros, que hemos trabajado con el mismo método de Golgi en gatos y cobayas recién nacidos, no hemos podido sorprender estas arborizaciones. En cambio, en los preparados hechos con el método de Cajal de las neurofibrillas, y sobre todo con la fórmula segunda (fijación alcohólica por veinticuatro horas y después impregnación argéntica en la estufa á 35 ó 37° y reducción subsiguiente por la hidroquinona), nos han mostrado en el cobaya de un día una impregnación abundantísima de las redes, á más del reticulo intra-

Digitized by Google

protoplásmico en las células corticales de que hemos ha

Las neurofibrillas forman arborizaciones alrededo pos célulo-medulares, que se terminan por una varicosi tro claro; además, estas neurofibrillas presentan algun poco antes de su terminación un espesamiento ovoídeo la misma, que es á menudo mayor que la varicosidad t

Las células nerviosas, de las cuales se ha hablado dudable qua existen, aunque no con la extraordinaria que se ha pretendido. Según Dogiel, que es quien más practicado sobre este tema, serían de dos clases: un de 25 á 40 micras, que se impregnan mal, sobre todo p de Golgi; nosotros, en los numerosos cortes practicados jeto, sólo hemos logrado observar una de gran tamaño; hecho por el método de Nissl y que mostraba dos núcle dentes.

Otras pequeñísimas, de seis á ocho micras, que abundantes, de apariencia multipolar y revelables má por el método de Golgi.

Respecto á las terminaciones intraprotoplásmicas, resultado de revelaciones imperfectas de los métodos; tiene tanto más fundamento, cuanto que las mismas cé rrenales se impregnan por los métodos de revelacione incluso el de Cajal, que muestra las granulaciones de teñidas en negro.

PSICOFISIOLOGÍA DE LA EMOCIÓN MUSICA

Por el Dr. José Ingegnieros

(De Buenos Aires)

Reacciones directas é indirectas del organismo á las excitaciones music presivo de la música.—Influencias de la música sobre el organismo h servación empírica y las inducciones musicoterápicas.—Los coeficient la emoción musical.—Resultados de las investigaciones experimentale nes somáticas no son específicas de la emoción musical.—Condicion propias de esa emoción.—Sus coeficientes psicológicos individuales.- peramentos musicales y sus condiciones especiales de emotividad.—E y la educación individual de los sentimientos asociados.—La emotivid cultura estética.—El contenido sentimental de la música.—Conclusion

La música—y, en su forma simple, todo sonido mus mina en nuestro organismo dos clases de reacciones.

Las unas son directas, simplemente reflejas, variabl

---

(1) Del libro en prensa *Le langage musical et ses troubles dans les hyst* VISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS agradece infinito al sabi blicista argentino la atención de habernos enviado este hermoso capit la promesa que hizo en Madrid al Dr. Marco en cariñosa visita, antes de preparar su deseado libro.

Digitized by Google

idiosincrasia personal y según las condiciones generales del organismo en el momento en que actúa la excitación. Esas reacciones orgánicas ¿constituyen la emoción musical, ó la acompañan? Es un problema cuya discusión huelga aquí. La emoción musical está constituída por reacciones fisiológicas fugaces, semejantes á las que constituyen las demás emociones; se trataría, por lo tanto, de plantear el problema general de la teoría de la emoción, tan debatido en su esencia y en sus detalles. Sabido es en cuán merecido auge está la teoría de James-Sergi-Lange entre los psicólogos biologistas; á ella estamos adscritos en general y, por ende, en el caso particular de las emociones musicales (1).

Las otras reacciones son indirectas; la excitación musical actúa sobre la representación psíquica de emociones musicales precedentes. Su vehículo es la memoria de estados emotivos; la excitación musical actúa sobre ella de la misma manera que la palabra hablada actúa sobre la memoria de las ideas. Su mecanismo es sencillo: cada excitación musical despierta la memoria de las excitaciones similares que la han precedido y de los estados emotivos que los acompañaron. Es, en suma, un producto de la inteligencia musical educada, y concuerda con el principio admitido en la teoría spenceriana: las diversas manifestaciones de la expresión musical corresponden á estados de ánimo diferentes. Un sujeto lloraba al oir una pieza que solía ejecutar su hermana, muerta poco antes, de tuberculosis; la memoria musical de la pieza estaba asociada á la representación de estados afectivos. Análogo mecanismo de asociación provoca emociones en los patriotas que oyen un himno nacional, en los creyentes que escuchan un canto religioso, en los militares que oyen un toque de clarín. En esos casos la excitación musical actúa sobre la memoria anteriormente asociada á emociones patrióticas, místicas ó belígeras.

La música no puede expresar «ideas» en el sentido exacto que se da á este vocablo. Si adoptáramos, por ejemplo, la clasificación de Romanes, no podríamos precisar cuáles son ideas musicales genéricas, producidas por la combinación de lo concreto y lo abstracto, ni cuáles son ideas musicales generales, compuestas y abstractas. La música no puede sino provocar emociones ó excitar la memoria de estados emotivos precedentes. Cuando decimos «idea musical» nos referimos á cierta coordinación ó serie de estados emotivos que suelen estar asociados á una idea, mediante la educación. La música, por ejemplo, no puede expresar la idea del amor, si no provoca el conjunto de estados sentimentales que suelen estar asociados á ella.

---

(1) Sergi: *Les Emotions* (Bibl. de Psychologie Experimentale). París, 1904.

Digitized by Google

Además de no representar ideas, la música no puede en un arte descriptivo como la poesía, ni imitativo com ó la escultura. Su dominio verdadero es la representac dos emotivos, de pasiones, de sentimientos. Los ensayos frecuentes, de música imitativa están limitados á la sensaciones auditivas. No imita otras sensaciones la te la «Sinfonía Pastoral», de Beethoven; ni la «Cabalgata kirias», de Wagner; ni las «Campanas», de Grieg; ni el a «Himno al Sol», de Mascagni. Todas las demás represen sensaciones son imposibles; ningún compositor podrá rep sonidos el olor á violetas, el sabor á cacao, ni una cara d Beato Angélico. El «Tema de la Espada», de Wagner, ninguna representación descriptiva ó imitativa de una e llama así por convencionalismo, pero la música es en s potente para reproducir una espada. Si un crítico resuci trina, á Bach, á Meyerbeer y á Bellini, y los reuniera pa el «Tema de la Espada», ninguno de ellos, seguramen en espadas; á lo sumo, la música puede evocar estados e ciados con ideas generales indefinidas: ideas entusiast les en este caso. Pero nada más. Es indudable, por otr hay tipos de música asociados á cierto género de senti die podría considerar fúnebre á la marcha del «Tan Wagner, ni triunfal á la «Marcha fúnebre», de Chopin.

En este mismo orden de ideas se coloca Ferrand (1), la música puede ser el modo de expresión de un est cualquiera; pero, por sí sola, no sabe especificar el géne miento ó de la pasión que expresa. «Por fin—agrega— traduce mal la naturaleza de las impresiones, cuya in presa muy bien, hay un terreno donde ella es incapaz nada: es el de las ideas y de la inteligencia. Ya veremo rior á la palabra hablada es á ese respecto. La idea pur filósofos llaman el concepto y los lógicos idea general escapa totalmente á la expresión musical. Las ideas de de bajeza están ligadas muy de cerca en nuestro espír concreta de objetos extensos y elevados, ó bien de obj valor y menor estima; por eso la expresión musical p tarse hasta ellas y atribuirles una fórmula más ó meno decisa. Pero existe una serie completa de términos ge escapan absolutamente á la expresión musical. El nom que implica una generalización abstracta y representa siderable que tiene la inteligencia en el lenguaje habl

(1) Ferrand: *Essais physiologiques sur la musique* (Bull. de l'Acad. d meros 36 y 37, 1895.

Digitized by Google

bre se sustrae á la interpretación musical. Cuando nombro el árbol, designo un objeto cuyos caracteres generales y elementos esenciales son representados inmediatamente por mi imaginación: un tronco, ramas, frondas de hojas, y algunas veces flores y frutos. En música no hay nada que pueda aproximarse á semejante determinación. Por eso me pregunto: ¿qué es un idioma en el cual no puede expresarse un nombre?

»Sin embargo, la música es, sin duda, el modo de expresión de alguna cosa. Pero esta cosa nada tiene de idea general: pertenece puramente al mundo sensible; es inferior á la idea intelectual. Por eso hombres de valer, espiritualistas, espíritus cultivados y estimables, han podido negar que la música fuera un modo de expresión y poseyera un significado. Absolutamente inapta para expresar la idea pura, la música circunscribe sus dominios al orden sentimental; por muy eficaz que sea en este terreno, ella está imposibilitada á salir de él.

»La inferioridad que presenta á este respecto la música, comparada con la palabra escrita, está demostrada por el simple hecho de que se plantea la cuestión y se discute el valor significativo de la música. Creo que la solución propuesta explica las divergencias de opiniones á ese respecto, conciliándolas en parte. Escuchando una pieza, el primer llegado podrá afirmar que es alegre, triste, de temor ó de angustia, de bravura ó de triunfo; pocas personas se equivocarán en ese sentido. Pero no le preguntéis si la pieza representa la profundidad de las ideas, la inmensidad del espacio, la larga duración del tiempo, la elevación intelectual, la amplitud del pensamiento ó la armonía de relaciones entre cosas abstractas: la música no puede expresar nada de eso.»

En suma: conviene separar, por una parte, á los que niegan á la música todo poder de expresión de estados sentimentales — los que Berlioz llamó agudamente ateos de la expresión; — y por otra, á los que le conceden un poder expresivo completo: los fanáticos de la expresión musical.

En esos términos, el problema está perfectamente planteado para la crítica estética; es otro el terreno en que debe plantearlo la psicofisiología.

La música ¿actúa sobre el organismo humano? ¿Cuáles son las reacciones fisiológicas que constituyen la emoción musical? Esas reacciones fisiológicas ¿son comunes á todas las emociones, ó existen algunas propias, específicas de las emociones musicales?

He ahí las tres preguntas á que debe responder la estética científica, valiéndose de los resultados reunidos por la observación y la experimentación acerca de la psicofisiología de la emoción musical.

La influencia de la música sobre el hombre es un hecho de obser-

Digitized by Google

vación corriente. Filósofos y poetas lo han señalado
tiempos y en todos los pueblos (1). Los egipcios conocie
la lira, la flauta y el laúd, valiéndose de ellos para e
emociones musicales y para influir sobre el alma y el c
oyentes; la naturaleza misma infunde un carácter espe
sica, y todo el Egipto canta en la historia y en la leyen
Nilo pasamos al Eufrates, á Nínive y á Babilonia, encor
la civilización asiria cultivó amorosamente este arte; s
tarté ó Melytta, tuvo culto ferviente, considerándosela
gerir sentimientos ó de modificarlos (3). El pueblo de Is
no ha dejado testimonios objetivos de su evolución mu
legado en la Biblia innumerables testimonios de la impo
le atribuía como medio de expresión de los sentimientos
cionar el conocido episodio de Saúl y de David. En las
públicas y en la vida privada, tuvo una importancia
cuando David subió al trono, el pueblo entero comparti
ción lírica. Toda la historia de la antigüedad está llena
mo culto por la música, fundado sobre la intuición de su
bre el organismo humano (5).

Los griegos, admirables artistas, dieron á la músi
preponderante en la expresión de los sentimientos (6). S
su evolución técnica fué muy inferior. Sus artes de la
comprendían por igual la poesía, la música y la danza,
ron un progreso digno del pueblo que levantó el Parten
Venus de Milo y cantó las penas de Edipo. La lira, la fla
tara—Apolo, Baco y Mercurio—son los grandes símbol
toria musical primitiva de la Grecia. Todos los autores l
máticos fueron al mismo tiempo cantores, músicos y poe
ro (7) y Alceo, Anacreonte y Safo, Esquilo y Sófocles. E
quien dió más importancia á la música, considerando q
tos sobre el alma humana son más intensos que los de la
blada. Llegó á emplear cincuenta coristas en sus obra
que en el estreno de una tragedia algunas mujeres cay
tasis, y varios niños murieron de emoción. Por intermed
crates ha llegado hasta nosotros el nombre de un tal N

---

(1) Chapell: *The history of music*, 1874.
(2) Prise d'Avenaes: *Histoire de l'art egyptien d'aprés les monuments.*
(3) Engel: *The music by the most ancient peoples.* Londres, 1864.
(4) Naumbourg: *Zemiroth Israel, recueil de chants israelites.* París, 187
(5) Fétis: *Histoire génerale de la musique* (1869-1876), vol. I.
(6) Gevaert: *Histoire et theorie de la musique grecque.* II vol., 1875-1881.
Ambros: *Geschichte der Müsik*, vol. I.
Bourgault Ducoudray: *Étude sur la musique ecclesiastique grecque*, 188
Fétis: *Loc. cit.*, vol. II.
(7) Croiset: *La poesie de Pindare et les lois du lyrisme grecque.* París, 1

Digitized by Google

se desmayaba cada vez que oía los sonidos de una flauta. Aristóteles planteó el problema psicológico de la influencia de la música sobre el hombre (1); muchos filósofos griegos le dedicaron alguna página curiosa é interesante (2).

Los griegos definieron claramente el problema de la correlación entre la música y los sentimientos; en muchos autores se encuentra ya planteada la cuestión de buscar una forma especial de música para cada uno de los sentimientos. Ese paralelismo suele ser bilateral; un sentimiento dado se exterioriza por cierta manera musical, á la vez que esa manera musical tiene que despertar el sentimiento correspondiente. Los tratadistas de historia de la música abundan en ejemplos para probarlo, especialmente Bonnet (3).

No insistiremos en la importancia que los romanos dieron á la música como instrumento de expresión y como provocador de emociones. Los emperadores fueron, por lo general, músicos eximios. Todo el mundo sabe que Nerón era músico, que componía, cantaba y tocaba la lira; se sabe que inventó la «claque» y perfeccionó el arte de hacerse aplaudir; que restableció los juegos antiguos y creó nuevos, con el propósito de acumular coronas de triunfo sobre su cabeza; se cree, y no sin razón, que hizo morir á Británico por celos artísticos; cuéntase que se alquiló á un pretor para cantor en su casa, por un millón de sextercios; pero suele ignorarse que Nerón fué un músico de talento. Estudió seriamente su arte con Terpnos; Marcial cita con gran elogio sus cantos de amor; Vitelio, uno de sus sucesores, solía hacer ejecutar su música con frecuencia (4). Vitrubio, Plutarco, Macrobio, Censorinus y otros fueron teóricos eminentes en materia musical; algunos de ellos tuvieron nociones empíricas acerca de los efectos psicológicos de la música.

Esa última idea es la que ha sugerido en todo tiempo la idea de ensayar una terapéutica musical; David curaba á Saúl de esa manera (5). Entre innumerables ensayos sobre esta materia, mencionaremos los de Sainte Marie, Celso y Esquirol, citados frecuentemente por los psiquiatras modernos. En Buenos Aires publicó una síntesis interesante el Dr. D. T. R. Dávison (6). Para no perdernos en un verdadero laberinto bibliográfico, nos limitaremos á transcribir las conclusiones de Ferrand sobre esa cuestión, que es la contraprueba clí-

---

(1) Aristote: *Problèmes musicaux*. París (Collection Ruelle), Lect. VII, XIX, etc.
(2) Ruelle: *Colection des auteurs grecs relatifs à la musique*, V vol., 1870-1895.
Montargis: *De Platone musico*. París, 1886.
(3) Bonnet: *Histoire de la musique*.
(4) Fétis: *Op. cit.*, vol. II.
H. Lavoix: *Histoire de la musique*, París. Chap. III.
(5) P. Hospital: *Histoire médicale de la musique et de la danse*. Clermont Ferrand, 1887, pág. 22.
(6) Dávison: en «La Biblioteca», 1897.

Digitized by Google

nica de las relaciones entre la música y los diversos
quicos.

«La música, variando sus diversos modos, el mecanis
mo, la vivacidad de su melodía, su conjunto armónico
ponder satisfactoriamente á esos diversos modos de acc
ca, y desempeñar el papel de un antiespasmódico sim
lante ó moderador. Es fácil deducir de eso que el médic
limitarse á dar á sus enfermos el vulgar consejo de escu
de cualquier clase, mas debiera hacer una selección de
las indicaciones que convenga llenar en cada caso. En
la música no debe mirarse como una simple distracción
en cuanto á sus formas y respecto de los diversos sujetos
Por más de un concepto, es comparable á las numerosa
que en cierta dosis constituyen remedios activos de la
excitante, convirtiéndose en tóxicos peligrosos y capac
el organismo si se usan en dosis exageradas.

»Debiera, pues, efectuarse una delicada selección
cantidad del ejercicio musical que conviene permitir ó
cada sujeto, sino también en la elección de los autores
poner entre sus manos ó hacerles oir. Actualmente yo n
poner una fórmula más precisa y afirmar si Mozart co
á los neurasténicos, Beethoven á los hiperexcitables, V
deprimidos; pero, como conclusión de este análisis, cre
sica es capaz de suscitar los sentimientos y las represe
sentimientos asociados á las imágenes auditivas y motric
pañan á la audición y la ejecución. Por esas razones e
teresante para el médico, y algún día se podrá determi
precisión que en la actualidad los servicios que puede
como los peligros é inconvenientes que puede presentar

Esas influencias psicológicas de la música fueron ev
el estudio de sus influencias fisiológicas ha comenzado e
posterior. Como observa muy bien Vaschide (2), ese e
seguir dos caminos: ir de las causas físicas á las reacci
gicas, ó bien descomponer la reacción en sus elementos
los fenómenos orgánicos que preceden, acompañan ó
procesos psíquicos, para desprender el carácter propi
ción emotiva musical. Helmoltz (3), Lipps, Stumpf, Wu
na (4), han seguido la primera de esas vías. Ferrand (

(1) Ferrand: *Loc. cit.*

(2) Vaschide: *Les coefficientes respiratoires et circulatoires*, etc. *(Re liana).*

(3) Helmoltz: *Traité physiologique de la musique*, Chap. XIX.

(4) Blaserna: *Le son et la musique (Revue Phylosophique)*, vol. IV, pág

(5) Ferrand: *Loc. cit.*

Digitized by Google

buído á ese estudio con observaciones muy interesantes, así como Larroque (1).

El estudio de los fenómenos orgánicos que acompañan á la reacción psicológica, es decir, de los coeficientes somáticos de la emoción musical, puede sintetizarse en la obra de experimentadores del último cuarto de siglo. Un antiguo fisiólogo, Heller (2), vió saltar con mayor violencia la sangre de un vaso sanguíneo abierto, á consecuencia de la hipertensión cardíaca determinada por el redoble de un tambor. Roger (3) escribió un trabajo especial sobre los efectos que la música ejerce sobre el organismo humano, procurando sacar de su estudio algunas inducciones terapéuticas. El músico Gretry (4), además de señalar la influencia ejercida por la música sobre los caracteres del pulso radial, se representaba mentalmente una pieza musical y notaba que el ritmo cardíaco tendía á uniformarse con el canto mental. En una tesis de París, el Dr. Lamarche (5) tomó de nuevo el tema dilucidado por Roger: sus observaciones clínicas son insuficientes, sus ideas experimentales nulas, y sólo se preocupó de especular teóricamente sobre el poder curativo de la música.

Couty y Charpentier (6) estudiaron las reacciones cardiovasculares determinadas por las excitaciones de los diversos sentidos, deteniéndose particularmente sobre los efectos de las excitaciones auditivas. Sus experiencias revelan que la amplitud de las reacciones corresponde á la intensidad del sonido; y que si las excitaciones se repiten, se produce una adaptación, disminuyendo ó desapareciendo las reacciones. La fatiga de los otros sentidos parece que aumenta la intensidad de la reacción: ésta, cualitativa y cuantitativamente, está subordinada á la excitabilidad general del sujeto y á la excitabilidad especial de su oído.

Corresponde á Dogiel (7) el mérito de ser el primer experimentador sistemático de los efectos de la música sobre el organismo; por eso se le encuentra citado en casi todos los trabajos posteriores, y principalmente por Sergi, Patrizi, Dutto, Binet, Vaschide, etc. Llevó á cabo dos series de experimentos respecto de la influencia de la música sobre la circulación sanguínea: la primera en el hombre, y la segunda en los animales. De sus experiencias pueden inferirse al-

---

(1) Larroque: *Psychophysiologie musicale (Revue Scientifique)*, 12 Janvier 1901.
(2) Heller: *Elementa physiologicae*, vol. V.
(3) Roger: *Traité des effets de la musique sur le corps humain*, etc.
(4) Gretry: *Essai sur la musique*.
(5) Lamarche: *Essai sur la musique*. Thèse de Paris, 1875.
(6) Couty y Charpentier: *Recherches sur les effets cardiovasculaires des excitations des sens* (Arch. de physiologie normale et pathologique), 1877.
(7) Dogiel: *Ueber der Einfluss des Musik auf Blutkreislaff* (Arch. f. Anat. und Physiologie), 1880.

Digitized by Google

gunas conclusiones bien definidas. La música aumenta
la presión sanguínea; el número de movimientos cardía
ta; hay concordancia entre las reacciones circulatorias
rias; la altura, la intensidad y el timbre de las excita
yen sobre las reacciones; el hábito hace disminuir ó des
reacciones á la excitación musical.

Con el objeto de ratificar y ampliar las conclusione
mer trabajo, Dogiel (1) realizó nuevas investigaciones a
más tarde. De ellas se desprende que la altura, la int
timbre tienen una parte real en la determinación de l
ciones circulatorias. La melodía y la armonía tambi
pero representan fenómenos más complejos; por consigu
subordinadas á todo el contenido psicológico individual.

En su tesis presentada á la Universidad de París, M
ocupó en la influencia de la música sobre el organismo
escaso espíritu científico y por puro dilettantismo. Re
observaciones de antigua fecha, citando los hechos clásic
y Hallé; menciona los trabajos modernos de Dogiel, y e
flacas inducciones científicas con numerosas historias y
exentas de todo valor para el estudio psicofisiológico de
nes provocadas por la excitación auditiva ó musical. E
preocupa de buscar en la música un agente terapéutic
á ciertos estados psicopáticos, sin añadir mucha luz á
precedentes.

Uno de los autores que más eficazmente ha contribu
dio de las reacciones fisiológicas provocadas por las
musicales ha sido Ch. Feré. En su primera comunicac
ciedad de Biología de París (3), incluída más tarde en
libros más leídos (4), formuló estos principios generales.
aislados producen cambios *en más* sobre la fuerza dinar
sobre la circulación capilar; las modificaciones dinámi
latorias son sensiblemente paralelas entre sí, y direct
porcionales á la amplitud y al número de las vibracion
ras; luego la intensidad y la altura del sonido actúan so
nismo, produciendo una excitación muscular y circu
efecto es pasajero, y su máximum varía con la naturale
citación y las condiciones particulares del sujeto. Delib
Feré limitó sus investigaciones á la acción de sonidos ai

(1) Dogiel: «Annales neurologiques russes», 1898. (Citado por Vaschide
(2) Soula: *Essai sur l'influence de la musique et de son histoire en méd*
Paris, 1883.
(3) Feré et A. Londe: *Observations pour servir à l'histoire des effets*
impressions auditives (Bull. de la Societé de Biologie). París, 1885.
(4) Feré: *Sensation et mouvement.* Alcan. París, 1887.

Digitized by Google

las excitaciones producidas por melodías y armonías se acompañan de fenómenos secundarios debidos á la memoria y á la asociación de ideas. Observa que la música alegre y de ritmo ágil es excitante, mientras que la triste y de ritmo pausado es deprimente; este hecho, cuya observación es corriente, no ha influído sobre la orientación de sus investigaciones; pues entiende que pertenece á la fase psicológica, y no á la fisiológica de la emoción musical.

En diversas comunicaciones á la Sociedad Biológica de París, reunidas más tarde en uno de sus libros más interesantes, Feré ha sentado las bases verdaderas del estudio de las influencias ejercidas por la música sobre el organismo. Otros autores, en efecto, han estudiado directamente los efectos fisiológicos de las excitaciones musicales; pero olvidaron hacer el estudio sistemático de los efectos fisiológicos de los sonidos simples, de las excitaciones auditivas. En este terreno se ha colocado Feré, experimentando con rigurosa disciplina y eligiendo el coeficiente personal de trabajo muscular como medida de las reacciones fisiológicas provocadas por las excitaciones auditivas. Pudo así comprobar que éstas determinan, en primer término, un aumento de la cantidad de trabajo, llegando en ciertos casos á constituir una verdadera ebriedad motriz (1). Esa conclusión nos parece encuadrada dentro de un principio general ya conocido: las excitaciones sensitivas de cualquier índole elevan ó refuerzan el estado del tono muscular.

Pueden aproximarse esas experiencias á las realizadas por Urbantschich (2); en ellas el autor estudia la influencia de las sensaciones auditivas sobre la escritura. No llega á conclusiones bien definidas, pudiendo esto atribuirse á la imprecisión de sus métodos experimentales y á la falta de orientación definida que se nota en sus investigaciones.

En trabajos posteriores, el mismo Feré (3) estudió la fatiga producida por las excitaciones auditivas; comprobó la existencia de la ley general de acomodación á las excitaciones, pues una misma excitación auditiva produce un aumento de trabajo cada vez menor.

Siguiendo su plan, Feré estudió la influencia de la altura de los sonidos sobre la determinación de la fatiga (4), comprobando que el aumento de la altura de los sonidos se traduce por una excitación mayor y determina más rápidamente la fatiga; el aumento de la ca-

---

(1) Feré: *Travail et Plaisir;* Alcan, 1904. Chap. XI.

(2) V. Urbantschich: *Ueber der Einfluss von Shallempfindung auf die Schrift* (Flüger's Arch., LXXIV, 1899, pág. 43).

(3) Feré: *La fatigue par les excitations auditives* (Comp. Rend. de la Soc. de Biologie, 1891, pág. 749).

(4) Feré: *Note sur la fatigue par les sons suivant leur hauteur* (C. R. de la S. B., 1902, pág. 1.340).

Digitized by Google

pacidad de trabajo es más brusco, pero disminuye más
otra parte, estableció experimentalmente que la influ
mismo sonido es más ó menos intensa según que el indi
ó no al mismo tiempo otras sensaciones sensoriales (1);
mismo sonido produce efectos diversos según el estado
el momento de la experimentación (2).

No solamente los sonidos provocan reacciones orgá
yendo sobre las formas de movimiento que expresan
psíquicos; las interrupciones de las excitaciones auditiv
efectos perfectamente definidos. Feré parte de esta pr
ral: todas las excitaciones agradables se acompañan de
to de la capacidad de trabajo, observándose una dismi
vez que se trata de excitaciones desagradables. Sus e
sobre las interrupciones constituyen una contraprueba
cipio. La interrupción del sonido en un sujeto que acab
se por las excitaciones auditivas determina una agrad
ción de reposo y mejora la cantidad de trabajo. En ca
reexcita por las excitaciones auditivas á un sujeto ya
cesar las excitaciones se produce un descenso más brus
pacidad para el trabajo. «Esta excitación por la suspe
excitaciones sonoras, en circunstancias especiales, expl
que puede obtenerse de los silencios en las obras music

El mismo Feré, junto con Marie Jäell, ha publicado
sobre diversos tópicos relacionados con los precedentes
estudia experimentalmente la influencia de los interval
sobre el trabajo (5), la influencia de los tonos mayores y
de los tonos mayores en series alternantes (7), de la
gamas ascendentes y descendentes (8) y de la alter
ritmos (9).

---

(1) Feré: *Des varietés de l'influence d'un même son sur le travail* (C.
1902, pág. 1.207).

(2) Feré: *Des effets d'un même son suivant l'état du sujet* (C. R. de
pág. 1.235).

(3) Feré: *Des effets physiologiques des interruptions des excitations au*
la S. B., 1902. pág. 1.301).

(4) Feré et Marie Jäell: *L'action physiologique des rythmes et des in*
Scientifique, 4.ª serie, 1902, vol. XVIII, pág. 769). *Voir aussi* Feré: *Tr*
Chap. XII.

(5) Feré et Jäell: *Essai sur l'influence des rapports des sons sur le tra*
S. B., 1902, pág. 1.903).

(6) Feré et Jäell: *Note sur l'influence des certaines tonalités majeures*
le travail (C. R. de la S. B., 1902, pág. 1.017).

(7) Feré et Jäell: *Note sur l'influence sur le travail des tonalités majeu*
series alternantes (C. R. de la S. B., Ibid.).

(8) Feré et Jäell: *Note sur l'influence exercée sur le travail par la su*
dente ou descendente des series des sons (C. R. de la S. B., 1902, pág. 1.027)

(9) Feré et Jäell: *Note sur l'influence de l'alteration des rythmes sur le*
la S. B., Ibid.).

Digitized by Google

Todas estas experiencias analíticas realizadas por Feré tienen un gran valor para el estudio de la emoción musical. De ellas se desprende este hecho importantísimo: las reacciones fisiológicas determinadas por las simples excitaciones auditivas y por los otros elementos que constituyen la música son semejantes á las reacciones fisiológicas de la excitación musical más complicada. Es decir, las reacciones á la excitación musical son una forma compleja de las reacciones que corresponden á toda excitación auditiva.

A primera vista podría objetarse que Feré no ha estudiado todas las reacciones del organismo, sino la simple influencia de esas excitaciones sobre la capacidad de trabajo. Pero conviene advertir que el trabajo muscular es una forma de la ergasia, de la kinesia, lo mismo que la respiración ó la circulación; como índice de reacción fisiológica su valor es equivalente, pues en cualquiera de esos casos trátase de formas de movimiento con que el organismo reacciona á las excitaciones sensitivas empleadas como reactivos.

En una interesante comunicación al Congreso Internacional de Medicina, de Roma, el profesor ruso Tarchanoff (1) expuso resultados muy parecidos á los primitivos de Ch. Feré, obtenidos mediante el uso del ergógrafo de Mosso, para medir la cantidad del trabajo muscular. En primer término, observa que la música ejerce una acción innegable sobre la actividad muscular del hombre, reforzándola ó deprimiéndola según el carácter de las melodías que actúan sobre el sujeto; cuando la música es triste, de ritmo lento y en tono menor, la capacidad de trabajo muscular disminuye á punto de cesar por completo si el músculo está fatigado por un trabajo precedente. Los cochinillos, y aún más los perros, sometidos á la influencia de la música, presentan un aumento en los cambios nutritivos, una oxigenación mayor de sus tejidos. Este hecho lo comprobó analizando la eliminación respiratoria; pudo consignar un aumento del consumo de oxígeno y una emisión de anhídrido carbónico muy superior á la normal. Por eso Patrizi ha podido comentar los trabajos de Tarchanoff diciendo que justifican una tradición árabe según la cual el canto y la música de los pastores engorda á los rebaños más que la buena hierba. El mismo experimentador observó que en todo hombre sometido á la influencia de una música excitante se producen modificaciones en las corrientes eléctricas determinadas por la actividad química de la piel, debido á una excitación funcional de las glándulas sudoríficas.

Proyecciones muy interesantes para la estética científica tiene

(1) J. de Tarchanoff: *Influence de la musique sur l'homme et sur les animaux* (Archives Italiennes de Biologie). Vol. XXI, fasc. II.

Digitized by Google

un hermoso trabajo del profesor Tanzi (1) sobre las re
cológicas provocadas por las excitaciones auditivas.
mentos se limitan al estudio de las diferencias de reacci
citaciones por acordes mayores y acordes menores, des
se de ellas que los acordes menores provocan reaccion
das. Las condiciones experimentales en que se coloc
óptimas, y sus ideas generales sobre estética merecen
mente señaladas.

Muy interesantes son las experiencias publicadas p
por Gilbert-Yale (2). Operó sobre gran número de niño
éuelas del Estado, procurando medir experimentalmen
bilidad musical, y agrupándolos según la intensidad y
de las reacciones obtenidas.

Billroth (3) publicó también algunas notas interesan
psicofisiología de la emoción musical, sin adelantar gra
los estudios precedentes.

Sergi (4), en su clásico libro sobre las emociones, ha
cintamente el problema de los efectos de la música sobr
sas funciones fisiológicas, haciendo un resumen crítico d
rienciàs de Dogiel. Completando el pensamiento de Jarn
Sergi ha dado una expresión definitiva á la teoría perif
emoción. Según él, la emoción musical en sí misma ca
caracteres intelectuales que pretenden atribuírsele, pue
ciones que constituyen la emoción tienen sus centros en
psíquica inferior; la música solamente adquiere caracte
tuales por la asociación de estados psíquicos bien definid

Sumamente interesantes son las experiencias de Bin
tier (5) acerca de las influencias de la música sobre la
los movimientos cardíacos y la circulación capilar; con
trabajo metódico, acompañado por una bibliografía sin
completa (6).

Según los autores, los sonidos musicales, los acordes
ral, la música, considerada como excitación sensorial, in
temente de toda idea y de todo sentimiento sugerido, no
regularidad de la respiración y no aumenta su amplitud
provoca una aceleración proporcional á la vivacidad del

(1) Tanzi: *Cenni ed esperimenti sulla psicologia dell' udito (Riv. di Fi
fica)*. Diciembre, 1891.

(2) Gilbert-Yale: *Psychological labor studies*, 1893.

(3) Billroth: En la *Deutsche Rundschau*, Octubre, 1894.

(4) Sergi: *Dolore e Piacere*, Milano, 1894.

(5) Binet et Courtier: *Recherches graphiques sur la musique (Revue Sci
na 5)*, 1875.

(6) Binet et Courtier: *La Vie Emotive.—Troisième partie: Influence de
la respiration, le coeur et la circulation capillaire (Année Psychologique)*,

Digitized by Google

to, y el modo mayor excita más que los sonidos concordantes. Admiten que la calidad de la emoción es sumamente variable y juega un papel muy grande sobre las investigaciones fisiológicas. Las experiencias demuestran, según ellos, que la calidad de la emoción musical tiene alguna influencia, y que las melodías alegres y marchas militares suelen ejercer una acción aceleradora más intensa que las melodías tristes; por otra parte, la intensidad del excitante produce un efecto igual ó mayor que la calidad de las excitaciones, pues éstas dan origen simultáneamente á una aceleración respiratoria y un aumento de su amplitud.

Binet y Courtier consideran probado que en el sujeto la respiración y el corazón funcionan al unísono; que bajo la influencia de excitaciones sensoriales, sin resonancia emocional, hay una ligera aceleración de esas funciones; que la audición de una melodía de carácter triste ó alegre aumenta esa aceleración; que, por fin, las melodías de óperas bien conocidas por el sujeto provocan emociones muy intensas, llevando á su máximum la aceleración de esas funciones. Con esto, los autores han despertado en sus sujetos asociaciones psicológicas, relacionando las excitaciones musicales presentes con la memoria de estados emotivos anteriormente sentidos.

No nos detendremos en el análisis de una breve monografía de Michaelis (1); no aporta gran luz á nuestro tema, aunque podrían señalarse en ella algunos puntos de vista interesantes sobre temas secundarios ó afines.

Algunas observaciones de Ferrand (2) carecen de base experimental, y sólo son enunciadas incidentalmente en su estudio sintético sobre las bases psicofisiológicas de una estética musical. Merece recordarse su opinión sobre la causa de las reacciones psicológicas de los modos mayor y menor.

«La diferencia entre los dos tonos, mayor y menor, es mínima desde el punto de vista físico, pues se reduce á un semitono menor aplicado á la tercera; pero es muy sensible desde el punto de vista estético. Las piezas en tono mayor tienen un carácter franco, alegre, brillante, mientras que las piezas en tono menor son indecisas, melancólicas, sombrías. Así, las gamas mayor y menor constituyen el esqueleto de dos organismos musicales de carácter bien distinto. Las cifras que he mencionado muestran que la diferencia que los separa no es debida solamente á un desplazamiento de los intervalos que existen entre los tonos, en cada uno de esos modos; esas cifras muestran que esa diferencia se debe también á una mayor complejidad de las relaciones que reúnen sus diversos elementos sim-

(1) Michaelis: *Vermischte Aufsätze über Musik belehrenden*. Leipzig, 1895.
(2) Ferrand: *Loc. cit.*

Digitized by Google

ples. En efecto: para formular en cifras las notas del modo menor es necesario emplear una serie de números seis veces más elevados que los necesarios para expresar la gama del modo mayor. La serie de esta gama va de 24 á 48, mientras que la menor se extiende desde 120 á 240. En eso hay algo comparable á las fórmulas de la química orgánica, las cuales multiplican los elementos no sólo en razón de su cantidad, sino también en razón de sus agrupaciones íntimas.

»Esta complejidad parece estar realmente en relación con el carácter de indecisión, debilidad y tristeza que pertenece al modo menor. Esos diversos estados de alma, que nuestros psicólogos suelen llamar asténicos, son expresados indudablemente con más eficacia por el modo menor; es posible también que ese modo sea más poderoso para expresar esos estados afectivos, de la misma manera que el modo mayor es más apropiado para expresar los estados opuestos. Sea como fuere, dejemos constancia de que las melodías del modo menor, cuya estructura es más compleja que la del mayor, poseen una aptitud especial para la expresión de los estados depresivos del espíritu humano.»

El profesor Dutto (1), del Laboratorio de Fisiología de Roma, ha publicado observaciones acerca de la influencia de las excitaciones musicales sobre la termogénesis animal. Con el objeto de ampliar las investigaciones de Dogiel y Tarchanoff, sometió diversos animales á la influencia de la música, haciéndoles oir un órgano durante una hora ú hora y media. Observó que la termogénesis animal se exagera en esas condiciones en los pichones y pájaros; en cambio, los conejos, cochinillos y pollos presentan una disminución. El aumento debe referirse, en suma, á una activación de los cambios químicos en los tejidos. El autor supone que la música determina un estado de tensión psíquica especial, probablemente un proceso de atención, durante el cual está disminuído el aflujo de sangre á la periferia, por cuyo motivo disminuye al calor irradiado. Este efecto concuerda con las experiencias de Mosso, según las cuales todo proceso de actividad psíquica determina una constricción circulatoria periférica. Si, como sostiene Dutto, la música obra como excitante del metabolismo orgánico, quedan explicadas las experiencias de Tarchanoff sobre los perros y cochinillos, los cuales consumen más oxígeno y eliminan más anhídrido carbónico cuando se les somete á la influencia de la música.

Por una interesante casualidad clínica, el profesor Patrizi (2), de

---

(1) Dutto: *Influenza della musica sulla termogenesi animale (Rendiconti della R. Accademia dei Lincei)*. Vol. V, 18 Marzo 1896.

(2) Patrizi: Primi esperimenti intorno all'influenza della musica sulla circolazione del sangue nel cervello umano (*Rivista Musica Italiana*). Vol. III, 1896.

Digitized by Google

la Universidad de Módena, ha podido realizar experiencias muy importantes respecto de la influencia de la música sobre la circulación cerebral. Un niño recibió una lesión traumática del cráneo, que se lo hendió en una extensión de trece centímetros. Curado cuidadosamente por el profesor Carle, presentaba una cicatriz blanda del cuero cabelludo, ligeramente hundida y muy pulsátil, como si fuera una gran fontanela de neonato. Esa membrana cicatricial, por decir así, se tendía ó deprimía al aumentar ó disminuir la tensión sanguínea intracraneana; registrando y ampliando esos movimientos, obtenía Patrizi un trazado de las influencias de la excitación musical sobre la circulación.

Un fámulo del Instituto de Fisiología, hábil tocador de armonium, ejecutaba aires populares, de entonación alegre ó triste, con ritmo rápido ó pausado, mientras Patrizi recogía el documento gráfico de sus reacciones emocionales. Prescindiendo de los detalles, observó que á cada excitación sonora ó melódica correspondía un aumento del aflujo de sangre al cerebro; pero el carácter depresivo ó alegre de la música no guardaba paralelismo alguno con el aumento ó disminución de la tensión intracraneana. Esa vaso-dilatación cerebral es, según Patrizi, consecutiva á una vaso-dilatación periférica. La altura y la intensidad de los sonidos son aproximativamente proporcionales á las reacciones respectivas.

Patrizi se pregunta si los fenómenos observados pueden explicarse según la teoría de Rey y Scherrington, correspondiendo una activación de la circulación cerebral á todo trabajo químico de la sustancia gris, ó si esos trastornos deben imputarse á los fenómenos circulatorios generales que son propios de toda emoción. Opta, naturalmente, por este último criterio, y cree que sus experiencias son favorables á la teoría periférica de la emoción.

Esas experiencias figuran en un libro del mismo Patrizi (1), y son el punto de partida de otras investigaciones sintetizadas en una de sus hermosas conferencias de ciencia aplicada á la estética (2).

Precede á este último trabajo una nota preliminar sobre las diversas fases que ha revestido el estudio de la emoción musical. Idealista primero, físico-matemático después, más tarde psicológico, ha pasado ya á ser netamente biológico, entrando en la corriente de estudios de filiación spenceriana. En esta última fase—dice Patrizi—no se busca una simple relación entre el oído y un centro cerebral, sino con el organismo entero, con los diversos sentidos, con la actividad del corazón y de los vasos sanguíneos, con los

(1) Patrizi: *Nell'estetica e nella scienza.* Palermo, Sondron, 1898.
(2) Patrizi: *La Nova fisiologia della emozione musicale.* Módena, Vincenzi e Mipoti, 1902.

Digitized by Google

músculos, con los aparatos glandulares, con la piel; es la nueva corriente en el estudio general de las emociones. «Así como Jorge Cristóbal Dichtemberg, anticipándose al sano materialismo, afirmaba que no se piensa con el cerebro solamente, sino con el organismo entero, puede también afirmarse sucintamente, y con escrupuloso respeto por la verdad, que la música se siente con todo nuestro cuerpo y con toda nuestra mente.»

En seguida enumera las «resonancias» fisiopsicológicas que constituyen la emoción musical simple y directa: la vibración de una cuerda metálica transmitida al aire, continuándose por intermedio del sistema nervioso á través del organismo humano, además de transformarse en la percepción consciente del sonido, se manifiesta, sin que el sujeto lo sepa, por reacciones orgánicas, por formas diversas de movimiento molecular, actividades mecánicas, efectos químicos, energías caloríficas. Es decir, determina contracciones de haces musculares, rápidas composiciones y descomposiciones de materia en el seno de los tejidos, ascensos y descensos de temperatura, corrientes registrables mediante el galvanómetro. Así, una nota ó una frase musical eleva el *tono muscular* y, por lo tanto, estimula el espíritu, dándole la noción subconsciente de su aptitud para desarrollar una actividad cualquiera, como una voz de alerta. Por eso los reflejos nerviosos se exageran bajo la influencia de las excitaciones musicales, y la caligrafía se agranda ó se empequeñece según la índole de las excitaciones que el sujeto recibe (Urbantschitsch). Albertotti refiere el caso de un ciego de nacimiento que veía fosfenos al oir el silbato de una sirena, por efecto de la involuntaria contracción ó la hipertonía de los músculos oculares.

En su interesante conferencia, Patrizi entra de lleno en estudio de los factores psicológicos de la emoción musical del contenido representativo que se asocia á los fenómenos fisiológicos de la emoción. De ello nos ocuparemos más adelante.

En un estudio principalmente destinado á estudiar la psicofisiología del pianista, Marie Jäell (1) emite algunas opiniones respecto á la acción de la música sobre el organismo; son observaciones incidentales, y no se fundan en experimentación alguna.

P. Mentz (2), en un interesante trabajo analizado por V. Henry (3), ha reunido experiencias muy bien dirigidas acerca de la influencia de las excitaciones auditivas sobre los movimientos de la circulación y la respiración, así como respecto de la influencia del cálculo y de la atención sobre las emociones. Su técnica experimental es muy pa-

(1) Marie Jäell: *La musique et la psychophysiologie.* París, Alcan, 1896.

(2) P. Mentz: *Die Wirking akusticher Sinnesreige auf Puls und Athmung (Phil. Studien).* XI, pág. 1.

(3) V. Henry: *Année Psychologique,* 1897, págs. 390 y 401.

Digitized by Google

recida á la de Patrizi. Mentz comprueba que la excitación auditiva simple, sea ruido ó sonido, determina un retardo del pulso y un retardo ó una aceleración del ritmo respiratorio, correlativamente á la duración de la excitación; si se repiten las excitaciones, se producen reacciones cada vez menos intensas, corroborando el principio del hábito ó adaptación. La intensidad de la sensación auditiva aumenta la duración de los movimientos reaccionales hasta cierta intensidad límite; más allá se produce una disminución de las reacciones.

Estudia cuidadosamente la influencia de las excitaciones ritmadas, observando que el ritmo respiratorio tiende á coincidir con el ritmo excitador; el sujeto toma los sonidos más fuertes como puntos de partida para las inspiraciones y espiraciones. El placer produce, según Mentz, un retardo del pulso; el dolor determina una aceleración. Sus estudios sobre las excitaciones emocionales provocadas por la audición de piezas musicales, confirman las conclusiones precedentes. La influencia de la atención puede expresarse diciendo que si el sujeto presta atención al excitante, se produce una aceleración del pulso, habiendo disminución en el caso contrario.

Ferrari (1) ha repetido sobre individuos sanos, idiotas y locos las primeras experiencias de Patrizi, ocupándose en estudiar especialmente las modificaciones de la circulación capilar bajo la influencia de la música. Considera que los vasomotores son activos después de una emoción musical, solamente cuando el individuo se encuentra en estado de inferioridad psicológica, cuando las funciones psíquicas superiores han desaparecido, cuando la coordinación mental deja de inhibir á la emoción, que es, en suma, un desorden orgánico.

En una conferencia, interesante por otros conceptos, el Dr. Pierre Hospital (2) ha reunido en breve síntesis los principales elementos de juicio adquiridos por los experimentadores. Carece de experiencias propias.

El Dr. Guibaud (3) emprendió investigaciones muy metódicas en el laboratorio del profesor Pachon, en la Universidad de Burdeos, limitándose al estudio de las influencias ejercidas por la música sobre la respiración y la circulación. Después de una buena reseña histórica y bibliográfica, describe sus trabajos personales. De ellos se desprende que en un mismo sujeto, bajo la acción del mismo excitante, las reacciones aumentan ó disminuyen siempre en el mismo

---

(1) Ferrari: *Ricerche sperimentali sulla natura dell' emozione musicale (Rivista Musicale Italiana)*. 1897, vol. IV, pág. 2.

(2) Pierre Hospital: *Histoire médicale de la musique et de la danse*. Clermont Ferrand, 1897.

(3) Guibaud: *Contribution à l'étude experimentale de l'influence de la musique sur la circulation et la respiration*. Thèse de Bordeaux, 1898.

Digitized by Google

sentido. La reacción respiratoria precede á la circulatoria; hay siempre hipertensión del pulso, que revela una vasoconstricción nerviosa; la repetición de las excitaciones determina adaptación, disminuyendo la intensidad de las reacciones; la respiración tiende á ritmarse, de acuerdo con la música, dentro de ciertos límites.

Alfredo Lehmann (1), en un trabajo citado por Vaschide (2), describe numerosas investigaciones sobre los fenómenes somáticos correspondientes á ciertos estados psíquicos. El autor formula esta conclusión general: «Durante el equilibrio normal del espíritu las variaciones fisiológicas son más débiles y no dependen de la excitación brusca. Si la atención es simplemente involuntaria, no se observa ningún cambio de volumen, pero sí un aumento numérico. Si la excitación provoca un estado de atención voluntaria, aparecen las oscilaciones de volumen características de ese estado, pero con variaciones momentáneas de las pulsaciones, disminuyendo éstas en ciertos casos, probablemente cuando la atención activa es más intensa».

No obstante su errónea orientación y los defectos de su método experimental, merecen mencionarse algunas experiencias de Rochas (3) acerca de la correlación entre los estados psíquicos y sus medios de expresión. Se trata de emociones musicales determinadas por sugestión; son interesantes las relaciones existentes entre la mímica emotiva y el contenido psicológico de la emoción musical.

Vaschide se ha propuesto emprender investigaciones metódicas sobre las relaciones entre la vida mental (en todas sus modalidades) y la música (tomada en su sentido más amplio), utilizando los métodos experimentales más rigurosos. Antes ha querido reunir en una síntesis crítica el trabajo de los experimentadores precedentes, publicando un estudio doblemente recomendable por su excelente información bibliográfica y por su aguda perspicacia crítica (4). En ese trabajo analiza la significación y el valor de dos coeficientes importantes de las reacciones orgánicas; se funda en las investigaciones de los principales experimentadores para precisar las reacciones respiratorias y circulatorias provocadas por las excitaciones musicales. Llega á las conclusiones siguientes, cuya importancia explica su transcripción:

«Hemos estudiado las principales investigaciones capaces de

(1) A. Lehmann: *Die Körperlichen äusserungen psychischer zustände.* Erster teil: *Plethysmographische untersuchungen text nebst einen atlas,* von 88 in Zankgeatzten tafeln übersetzt von F. Benchiseen. Lepzig, O. R. Reisland, 1899.

(2) N. Vaschide: *Les coefficients respiratoires et circulatoires de la musique (Rivista Musicale Italiana).* Turin, 1902.

(3) Rochas: *Les sentiments, la musique et le geste.* Grenoble, 1900.

(4) Vaschide: *Les coefficients respiratoires et circulatoires de la musique (Rivista Musicale Italiana).* Turin, 1902.

Digitized by Google

aclarar el problema de las reacciones respiratorias y circulatorias, criticando, al pasar, algunos puntos de esos trabajos ajenos. Hemos procurado poner de relieve los resultados de cada autor, de tal manera que sean comparables, á fin de que sus resultados comunes nos ofrezcan conclusiones seguras y sus divergencias nos indiquen los problemas á resolver. Hemos reunido los resultados en dos cuadros. El primero muestra la acción de los elementos simples de la música sobre las reacciones orgánicas, según los datos de cada autor. El segundo muestra las variaciones de las funciones orgánicas frente á los efectos generales de la música. Del estudio de ambos cuadros deducimos las siguientes conclusiones.

»Algunas cuestiones nos parecen definitivamente resueltas por los trabajos analizados. 1.° La repetición de una excitación musical disminuye y hace desaparecer la reacción periférica. 2.° El ritmo musical produce una acción mecánica, de naturaleza sugestiva, sobre la respiración. Sin que exista una semejanza absoluta entre ambos ritmos, puede afirmarse que el ritmo respiratorio *sigue* al musical, aumentando ó disminuyendo junto con él, sin exceder los límites ordinarios de sus variaciones extremas. 3.° La melodía sólo determina variación en las funciones orgánicas cuando uno de sus elementos cambia de ritmo, timbre, modo ó intensidad (Guibaud). La melodía monotona no produce cambios periféricos; sin embargo, la monotonía de ciertos fragmentos, verbigracia las 136 medidas con que se inicia el «Oro del Rhin», determina una emoción musical. Ello se explica de acuerdo con las hipótesis que enunciamos al final de este trabajo: la emoción musical puede existir sin reacciones periféricas perceptibles. Las gamas producen reacciones débiles por ser las melodías más simples, más monotonas. 4.° El cerebro aumenta transitoriamente de volumen bajo la influencia de todas las excitaciones musicales (Patrizi).

»Los problemas á resolver son más que los resueltos. El efecto de la altura de las notas sobre la intensidad de la reacción es heterogéneo. Lo mismo puede afirmarse acerca de la intensidad del sonido; sabemos que existe una relación, pero ignoramos sus proporciones exactas. Respecto de las melodías, el problema es más complejo aún por la dificultad de valorar con precisión el excitante. En la melodía con acompañamiento, en la armonía, interviene un nuevo factor: el modo. El problema es oscuro; sólo sabemos que el cerebro aumenta de volumen, toda vez que está sometido á excitaciones musicales (Patrizi), pero ignoramos las variaciones. Los resultados de Ferrari y Guibaud son sistemáticamente opuestos, aunque su técnica era igualmente buena.»

El segundo cuadro de Vaschide confirma los resultados generales del primero. Además evidencia que el carácter individual del

Digitized by Google

sujeto interviene como elemento directo de la reacción. Cada individuo reacciona de una manera que le es particular, pero toda reacción está sometida á la ley general de la educación adaptativa: la reacción periférica disminuye, se atenúa y acaba por desaparecer.

¿Significa esto que el placer musical disminuye ó desaparece en todo individuo que cultiva su educación musical? El placer existe siempre y llega á revestir un carácter de intelectualidad, de conciencia. Nos encontramos ante el génesis de una función superior; los placeres musicales son determinados por las reacciones periféricas pasadas al campo de la conciencia. Esas reacciones vasomotrices, que Vaschide asimila á actos defensivos del organismo, son eliminadas por selección y no dejan en el organismo más que la reacción central. La primitiva fase refleja se convierte en fase psíquica, ingresando en la conciencia con todas las modalidades emocionales asociadas á la excitación musical.

Vaschide considera esa tesis conforme á los datos del transformismo biológico y de la antropología sobre la localización cerebral de la evolución. Este hecho es muy interesante, pues la música es un arte de evolución retardada que se transforma actualmente bajo nuestra vista; es lógico inferir que nuestro organismo debe evolucionar en un sentido correspondiente, pues cambiando las líneas del paisaje tiene que modificarse la imagen representada en la placa sensible.

Hasta aquí las interesantes conclusiones del trabajo crítico de Vaschide, cuya importancia es primordial.

Lionel Dauriac (1), en un libro de estética musical, lleno de buenas tendencias científicas, hace diversas consideraciones acerca de los efectos de la música sobre el organismo humano; sin embargo, no entra al estudio técnico de la cuestión.

Señalaremos, en fin, que Eugenio Borrell (2) se ocupó recientemente en las condiciones fisiológicas de la emoción musical, sin aportar nuevas contribuciones experimentales, y relacionando su estudio con diversos problemas de crítica estética.

Como conclusión de nuestras minuciosas investigaciones sobre las experiencias y doctrinas hasta hoy expuestas y discutidas, creemos posible enunciar algunos principios generales, simples, deliberadamente sencillos y encuadrados en los conocimientos fisiológicos corrientes.

Al comenzar este capítulo, nos propusimos dilucidar tres tópicos esenciales para el estudio de la emoción musical. El primero consis-

---

(1) Lionel Dauriac: *Essai sur l'esprit musical*. París, Alcan, 1904.
(2) E. Borrell: *Conférences à l'École du Bonheur*. París, 1904.

Digitized by Google

tía en saber si la música actúa sobre el organismo humano; el segundo, en determinar las reacciones fisiológicas que constituyen ó acompañan á la emoción musical; el tercero, en establecer si esas reacciones emotivas eran propias de la emoción musical ó comunes á todas las emociones. El análisis precedente permite responder á las tres preguntas en términos generales, pero suficientes para nuestro objeto.

1.° Las excitaciones musicales (como cualquier excitación sensorial) determinan un aumento de las actividades fisiológicas generales del organismo; la influencia de la música es un hecho experimentalmente demostrado.

2.° Las excitaciones musicales, en ciertas condiciones, determinan en el organismo las reacciones funcionales transitorias que caracterizan á una emoción.

3.° Fisiológicamente, no existen reacciones funcionales que sean específicas de la emoción musical; se trata de reacciones comunes á todas las emociones en general, determinables por la música en ciertas condiciones.

Esta última conclusión, que Patrizi no señala especialmente, es de singular importancia para el estudio de la emoción musical; ella nos advierte que la diferencia entre la emoción musical y todas las otras emociones debe buscarse en su contenido psicológico, en las representaciones de sentimientos ó de estados emotivos que la acompañan. ¿Cuáles son las condiciones psicológicas que sirven de intermediarias á su determinación?

Para dilucidar esa pregunta es necesario tener muy en cuenta las condiciones personales de cada individuo, su fórmula individual de asociación; la música despierta, con preferencia en cada sujeto, este ó aquel centro de imágenes cerebrales, excita una memoria dada antes que otras, asocia ciertos sentimientos, estimula determinadas actividades. Para la música, como para cualquier género de excitación, es necesario tener presente la constitución mental individual, producto de las predisposiciones hereditarias y de las adquisiciones educativas.

Esta influencia del factor individual no debe olvidarse. Stendhal (1), con la fina observación que le es habitual, hace notar que una misma música produce efectos diversos al actuar sobre individuos que están bajo la influencia de pasiones diferentes. Además, en un mismo individuo, las condiciones accidentales propias de cada momento de su vida son psicológicamente heterogéneas y determinan reacciones contradictorias; esto corrobora lo que ya escribió

(1) Stendhal: *De l'Amour.*

Digitized by Google

Maudsley (1): «L'excitation qui produit un effet à 25 ans, peut produire un effet inverse à 55».

El proceso constitutivo de la educación musical y el proceso que determina el placer de la emoción musical son paralelos.

El proceso educativo de todo individuo se inicia por sensaciones; toda sensación determina en el organismo una reacción de movimiento, que se exterioriza en seguida como acto reflejo, ó queda en potencia; en ciertas condiciones especiales, esas reacciones constituyen una emoción. Las sensaciones musicales se asocian con ideas ó sentimientos, por diversos mecanismos ya conocidos (2); las emociones musicales que se producen en esas condiciones poseen un contenido psicológico: son *emociones intelectualizadas*. Estas siguen esa misma ley de asociación, representándose asociadas á ideas ó sentimientos especiales. En la forma superior de la actividad mental, las reacciones directas (reflejos provocados por las excitaciones musicales) tienden á desaparecer, reemplazadas por reacciones cada vez más indirectas, á través de la representación de emociones intelectualizadas.

El proceso de esas asociaciones psicológicas varía según los individuos; de ahí que pueda hablarse de verdaderos tipos de emoción musical, perfectamente diferenciados.

Es sabido que las excitaciones musicales llegan del oído al cerebro por intermedio de un nervio especializado para percibir y conducir las sensaciones auditivas. En el cerebro no se limitan á provocar una reviviscencia de las imágenes dormidas en los centros auditivos, no se limitan á excitar la memoria auditiva y musical; por innumerables vías de asociación hacen entrar en juego las imágenes sensoriales de toda clase que pueblan las demás regiones de la corteza cerebral, las representaciones de sentimientos y de estados emotivos anteriormente asociados de excitación semejante, siempre según vías de asociación especiales para cada individuo. En esa elección de las vías asociativas, las excitaciones se limitan á seguir la menor resistencia; en unos casos, ellas están determinadas por la hereditariedad, que es experiencia acumulada de los antepasados, y en otros por la educación, que es experiencia individualmente acumulada. Por ese motivo, una misma excitación musical se asociará en uno con imágenes visuales y en otro con imágenes olfativas; en éste con recuerdos de infancia y en aquél con fórmulas matemáticas; ora con memorias de emociones depresivas, ora con reminiscencias de heroísmos, ora con impulsos á la acción. Patrizi (3) refiere numero-

(1) Maudeley: *Life im mind and conduct. Studies of organic in human nature*, 1892 página 49.

(2) Claparède: *L'Association des idées*. París, 1902.

(3) Patrizi: *Loc. cit.*

Digitized by Google

sos ejemplos de esta heterogeneidad individual para la asociación de las excitaciones musicales. Entre los *estetas musicales figurativos*, recuerda á Bernardo Celentono, que al oir el sonido de los bronces veía rojo. Enrique Heine, oyendo la *Sinfonía Heroica,* de Beethoven, veía un desfile de personas pomposamente ataviadas. Mendelssohn cuenta que Goethe, después de oir una overtura de Bach, dijo que le parecía haber presenciado una procesión de personajes que descendían las gradas de una gigantesca escalinata en traje de gala. En Des Esseintes, inventado por Huysmans en *A Rebours,* las imágenes musicales se asocian con las olfativas. Baudelaire, en sus versos, formula análogas asociaciones de imágenes olfativas y auditivas. En otros sujetos, la música determina reviviscencias de estados psíquicos, asociados á ciertas emociones especiales de placer ó de dolor: son los *estetas musicales afectivos*. En general, exceptuando la música con palabras, la excitación musical tiende á buscar «en el alma de cada uno el género de emotividad que le es más característico. Sea cual fuere la marcha de un fragmento orquestal, despertará sentimientos de libertad y fraternidad en un espíritu patriota y humanitario, dulzura mística en un temperamento estético-religioso, puras ó ardientes remembranzas amorosas en el enamorado romántico ó en el artista erótico» (1). Ya hemos enunciado nuestra discrepancia respecto al carácter absoluto que da Patrizi á este hecho, que relativamente es exacto; podría repetirse el ejemplo de la marcha de *Tanhauser* y la *Marcha Fúnebre* de Chopin, cuya entonación sentimental intrínseca es inconfundible, sin desconocer que el ejemplo no valdría para la *Sinfonía Pastoral* y la *Sinfonía Heroica,* por ejemplo. Hay sujetos en quienes la música excita la realización de movimientos, son tipos *motores;* y, por fin, debe agregarse «el tipo *intelectual* puro, el oyente en cuyo cerebro la música difícilmente remueve residuos mnemónicos de sensaciones, de movimientos ó de afectos, pero sí de formas superiores del pensamiento». De ellos se ocupa el profesor de Módena en su conferencia, que consultará con provecho quien necesite conocer detalles al respecto.

Los breves datos que preceden nos bastan para inducir que á cada tipo de asociación debe corresponder un modo distinto de placer musical, una forma propia de emoción. En todos los casos, sin embargo, presenta algunos caracteres comunes, como observa Ferrand (2), comentando algunos estudios de Dauriac.

«El placer musical se compone de una sensación auditiva asociada á sensaciones motrices; su encanto resulta de la sucesiva discontinuidad de los tonos, la cual repite la sensación diversificándo-

(1) M. L. Patrizi: *Loc. cit.*
(2) Ferrand: *Loc. cit.*, pág. 286.

Digitized by Google

la y complicándola de mil maneras. De ese modo la sensación se multiplica, aumentándose por la variada repetición de las impresiones sonoras, siempre que éstas se sigan sin oponerse ó neutralizarse recíprocamente. Cuando una armonía perfecta, basada sobre las leyes naturales de la acústica, viene á apoyarse sobre cada una de esas impresiones auditivas reforzando su carácter propio, el placer aumenta sobremanera.

»Por eso las impresiones que se repiten con persistencia ejercen una acción cada vez más eficaz sobre los centros nerviosos; esto mismo da á la música una superioridad de impresión sobre todas las demás artes. La vista de un cuadro ó de una estatua nos impresiona; es indudable que la emoción estética puede aumentarse por la contemplación y por la reflexión. La música, en cambio, no necesita contemplación ni reflexión; á una impresión intensa hace suceder otra, y otra, y otras; y cuando esas impresiones, repitiéndose, adquieren un acento cada vez más definido, determinan un grado de estremecimiento de la sensibilidad que las artes plásticas no pueden pretender.

»Hasta aquí sólo se trata del placer del oído, ó por lo menos de la satisfacción que siente el órgano nervioso central al transformar en imágenes sonoras las sensaciones auditivas que recibe sucesivamente. Ese estado particular es lo que suele manifestarse por una necesidad de imitación, por lo menos parcial, y nos induce á marcar el tiempo de la música que escuchamos ó á tararear algunas frases melódicas.»

Esta tendencia á traducir el placer musical en movimientos se acentúa sobremanera en los tipos motores. Fundándose en esa observación, Vaschide ha insistido sobre el mecanismo paralelo que existe entre la emoción musical y la emoción sexual. «Querríamos —dice—señalar el íntimo parecido que existe entre el mecanismo psicológico de la vida sexual y de la vida musical. La vida sexual nos parece un proceso de expansión de la imagen motriz, la más alta expresión del *déclanchement* motor. Este *déclanchement,* esta sucesión rápida de las imágenes que se siguen y cabalgan en su rápida irrupción en la mentalidad de un sujeto, se parece en cierto modo á la evolución y la aceleración de las imágenes mentales provocadas por la excitación musical. Puede afirmarse que, psicológicamente, se ve evolucionar una rápida sucesión de imágenes mentales, destruídas en el momento mismo en que aparecen en la conciencia por la invasión de otras nuevas, las cuales, á su vez, ceden su puesto á otras, y así sucesivamente. Es un verdadero aluvión, cuyos elementos desaparecen y son reemplazados como en un kaleidoscopio donde se siguieran escenas siempre movibles é inestables. Esta rapidez en la sucesión de las imágenes mentales, actividad plena, es acaso

Digitized by Google

el origen del placer, el cual de una manera general puede considerarse como la consecuencia de una actividad que se desborda y se derrocha. El acto genital llena las mejores condiciones de derroche de la actividad psíquica.

»Por las sensaciones que determina en el organismo, ya sean de orden somático, ya de orden psíquico, la música produce un *déclanchement* de las imágenes mentales, especialmente de las motrices, que se revela por un eretismo muscular especial; por lo menos en eso, la vida genital se aproxima á la vida musical. En la música, lo mismo que en el acto sexual, el *déclanchement* de las imágenes se manifiesta por un estado de placer constituído por la sucesión rápida de las imágenes; esa rapidez produce un verdadero choque, después del cual aparece cierto grado de distracción y desorientación mental. Gracias á la distracción, que suprime todo poder frenador en la actividad mental, se ve afluir sin razón inmediata y lógica, por el simple llamamiento de asociaciones lejanas é injustificadas, una multitud de imágenes que perturban el estado mental del sujeto, aun siendo en él una fuente importantísima de goce y de placer» (1).

Esa aproximación, intentada por Vaschide, autoriza dos conclusiones exactas, que no son precisamente las deducidas por él. En primer término, podemos decir que la excitación musical y la excitación sexual son muy intensas y muy intensificables, por cuyo motivo producen los más fuertes *déclanchements* motores, las mayores reacciones de movimiento. En segundo término, podemos afirmar que en muchos individuos—indudablemente una gran mayoría—las asociaciones motrices de la emoción intelectualizada predominan sobre las asociaciones de imágenes sensoriales de sentimientos ó de ideas.

Al mencionar el tipo que llama Patrizi «esteta musical figurativo», vimos que su característica psicológica consiste en la tendencia á asociar las excitaciones musicales con representaciones mentales diversas, en cuyo génesis intervienen las imágenes de otros sentidos. Algunos críticos pretenden encontrar la razón esencial de esas asociaciones en una pretendida identidad ó paralelismo fisiológico de las diversas sensaciones.

Es corriente la opinión que, comparando la pintura y la música, atribuye al dibujo una analogía con la melodía, y hace del color algo análogo á la armonía; algunos críticos de estética, entre los cuales Taine y Véron, opinan de igual manera, formulando esa idea en términos más técnicos: las vibraciones sonoras son comparables á las vibraciones luminosas; luego el sonido es análogo al color. M. Le-

(1) Vaschide: *De l'excitation sexuelle dans l'emotion musicale (Arch. de l'Anthropologie Criminelle)*, 15 Mai 1904.

Digitized by Google

chalas (1) opina que «las ingeniosas teorías que transportan las reglas de la acústica y las aplican á la estética de la vista no son más que especiosas paradojas, en las cuales se confunden los fenómenos psíquicos con sus bases físicas. Lo que él llama *sonoris* musical, por analogía con el *coloris* pictural, atribuyéndolo á la superposición de los timbres, respondería á la armonía, mientras que el elemento comparable al dibujo no sería más que el ritmo y la medida. El valor de un tono pictórico respondería á la altura de un tono musical; la melodía que resulta de la combinación del ritmo con la altura de los sonidos presentaría la mayor analogía con el dibujo. Esta teoría, enteramente física, no obstante la adhesión de Taine y de Véron, está en contradicción abierta con la opinión corrientemente aceptada. Es muy posible que el color de la luz sea debido á cierto número de vibraciones del éter, tal como la altura del sonido corresponde al número de vibraciones del aire; pero de allí no podemos deducir que el color de la luz sea exactamente comparable á la altura del sonido».

El mecanismo psicológico del tipo «figurativo» no puede, pues, atribuirse á la similitud entre el excitante musical y los excitantes propios de las imágenes formadas con la cooperación de otros sentidos. La asociación sistemática es el único mecanismo que explica ese tipo mental, lo mismo que las otras.

En el «esteta musical afectivo», la asociación de sentimientos predomina en toda emoción musical. El proceso psicológico es el habitual; hemos citado la observación de un sujeto que lloraba cada vez que oía ejecutar una pieza predilecta de su hermana, fallecida de tuberculosis. Para muchos individuos es corriente la asociación entre las excitaciones musicales y el amor; Musset, Schumann, Berlioz, Leopardi y Rubén Darío han coincidido en unificar la imagen de su amada con la imagen musical.

En el «esteta musical intelectivo», la excitación musical despierta visiones de fórmulas y de símbolos, sugiere abstracciones, esbozos de síntesis, ideas generales. Patrizi cuenta que un biólogo muy afecto á la música le confesó que durante todo un concierto no podía hacer más que transmutar mentalmente la altura, la intensidad, el color de los sonidos, sus sucesiones, su agrupación, haciendo cálculos, cifras, diagramas y gráficos; es decir, asociando sus sensaciones auditivas con representaciones simbólicas propias de su disciplina científica. Un caso análogo nos ha sido descrito por nuestro ilustre colega De Veyga. El propio Patrizi narra que cierta noche preguntó bruscamente á un filósofo amigo suyo las impresiones que le habían producido la *Muerte de Isolda* y la *Sinfonía del Tannhauser*,

(1) Lechalas: En la *Revue Phylosophique* (cité por Ferrand, pág. 277).

Digitized by Google

que acababan de escuchar. «Respecto á la *Muerte*—le contestó,—la impresión genuina fué desenvolviéndose sobre el título *Muerte de Isolda* y sobre el conocimiento que tengo de esa leyenda del caballero de Bretaña y su rubia heroína. Me pareció que la orquesta describía con verdadera elocuencia la desolación por la muerte del amado, lo creciente del espasmo hasta proporciones intolerables, y después la benéfica resolución del dolor en lágrimas sumisas. Pero la *Sinfonía del Tannhauser* me ha sumergido en las ideas científicas que me son predilectas. La potencialidad de aquel conjunto me hizo olvidar que estaba frente á una asombrosa combinación de sonidos y de ritmos, alejándome de toda noción de algo humano (un placer, un dolor, una voluntad humana); sólo sentía el eco poderoso de una fuerza infinita y eterna, algo de inevitable y de inalcanzable, como si se agitara la proteiforme energía del universo, la materia que no tiene ni principio ni fin, el enigma de lo infinito ó la inmensa distancia que persiste entre nuestras especulaciones y lo incognoscible.» Esta impresión en un filósofo deja ver dos hechos fundamentales: la influencia sugestiva del título y la tendencia á asociar toda excitación nueva con las formas de actividad psicológica más habituales en cada sujeto.

El proceso psicológico de la emoción musical depende también de las condiciones de receptividad individual creadas por la educación; ésta se combina con las condiciones propias del temperamento y del tipo mental.

Los hombres no sienten las emociones musicales con la misma intensidad, ni de la misma manera, ni en igualdad de condiciones, ni bajo las mismas influencias. Imaginaos que todos se emocionaran como cierto sujeto—cuyo caso hemos citado en otro libro (1)—que, después de extasiarse durante su primera audición de la «Sinfonía Pastoral», de Beethoven, permaneció durante dos días imposibilitado para fijar la atención en la lectura ó la escritura. Felizmente, la emotividad musical es relativa al temperamento y á la educación musical de cada sujeto; de otra manera, debería prohibirse la ejecución de la «Pastoral».

El redoble de tambor, que arranca lágrimas al veterano de gloriosas campañas, deja indiferente ó molesta al aficionado frecuentador de Haendel ó de Berlioz. Para el viejo soldado basta el ritmo—el elemento técnico primitivo de la música—para provocar una emoción; es porque su memoria afectiva, sus sentimientos más caros están asociados á ese elemento inferior de la música. La educación de ese reflejo, en cientos de generaciones, permite comprender que Shakespeare, cuyo arte rebosa de tantas y tan felices intuiciones

(1) Ingegnieros: *La simulación de la locura*. Buenos Aires, 1903, pág. 257.

Digitized by Google

científicas, definiera el tambor como un estimulante del coraje. Igual acción ejerce el sonido de tamboriles y panderetas que acompaña á las danzas en muchos pueblos primitivos ó atrasados. En una etapa ulterior encontramos la emoción violenta que pone el clarín en todo espíritu capaz de asociar su toque á una emoción de batalla ó de asonada, á un sentimiento de patria ó de revuelta.

La melodía es el elemento más propicio para determinar emociones musicales. Sus fuentes son copiosas y fecundas. Todo un complejo sistema de estados emotivos se asocia al recuerdo de melodías sencillas, desde el tierno cantar con que la madre amorosa arrulla al niño y pide su sueño á los ángeles protectores, hasta las dulces melopeas del terruño evocadoras de los más agradables sentimientos infantiles. La educación posterior hace lo demás, complica las cadencias, modifica los tiempos, gradúa el esplendor, hasta alcanzar á la comprensión de formas delicadísimas de la evolución melódica, llenas de reminiscencias sentimentales ó de emociones apasionadas. Esta forma es la más generalizada de la emoción musical, pues corresponde á la educación media.

En otros sujetos, en fin, influenciados por una educación musical compleja, más eficaz si se combina con una instrucción técnica, las emociones musicales tórnanse cada vez más indirectas. Las excitaciones no actúan evocando la memoria directa de sentimientos ó estados emotivos, sino sobre la memoria de su representación mental, sobre lo que podríamos llamar sus «sentimientos intelectualizados», que á menudo suelen designarse como «ideas musicales» para significar su carácter indirecto y representativo.

Estos diversos tipos de emotividad musical, determinados por la educación, explican las diferencias de criterio con que suele criticarse la música de ópera contemporánea. Ella es inaccesible para los individuos sin educación musical, para los que sólo llegan á emocionarse por el redoble del tambor, por el toque de clarín y, algunas veces, por una marcha militar. Los demás juzgan según su diversa cultura; así hemos podido observarlo recientemente en un artículo de impresiones musicales (1).

«La ópera contemporánea—decíamos—tiene dos públicos y dos críticas. El público de poca ó mediana educación musical busca en ella una fuente de fáciles emociones que le den una sensación de belleza; es decir, exige que la música excite por medio del oído su sensibilidad general en sentido propicio para provocar una emoción de placer. El público muy educado, que conoce los secretos resortes de la técnica, no tiene emociones musicales simples y directas, sino

(1) Ingegnieros: *La temporada lírica de Mascagni*, en *La Nación;* Buenos Aires, Julio de 1905.

Digitized by Google

á través de su inteligencia especializada, á través de su crítica estética. Para el primero basta hablar el lenguaje ingenuo del sentimiento; para llegar al sentimiento del segundo es necesario hablar un lenguaje perfeccionado que también satisfaga á la inteligencia. En otras palabras: el público no educado sólo es capaz de emociones simples; mientras que el otro sólo tiene emociones intelectualizadas. Análoga diferencia existe entre la oratoria tribunicia y la oratoria académica, frente á sus públicos respectivos.

»La música del primer género suele triunfar el mismo día de su estreno ante la mayoría del público que ordinariamente llena un teatro. La música del segundo género sólo se aprecia por los educados y eruditos, que nunca son la mayoría de un público. Las melodías son tanto más agradables para la multitud cuanto mayor es su sencillez; viven aunque las menosprecien los críticos. Así vivirán Bellini y Donizzetti, Rossini y Verdi, cuatro apellidos italianos. La música sinfónica es accesible á un público cada vez mayor, pero se mantiene forzosamente impopular, como ocurre con la de Bach, Beethoven, Mozart y Wagner. El caso es análogo en literatura: la novela de Dumas tiene otros lectores que la de Flaubert; el drama de Sardou otros espectadores que el de Ibsen; los versos de Stechetti otra clientela que los de Carducci. Sin embargo, ambos géneros pueden vivir, pues emocionan á públicos diferentes; en cambio las obras de carácter intermedio no satisfacen á ninguno. Son demasiado buenas para el inculto é incompletas para el técnico.

»Ante la sencillez de Verdi puede sonreir compasivamente un wagneriano; pero ese raudal melódico gustará siempre á los oyentes sencillos, pues sacude con eficacia el mecanismo sentimental que pone en juego sus emociones estéticas. En cambio el verdiano entusiasta se espantará ante el sinfonismo de Wagner, cuya complejidad le resulta incomprensible, mientras que el erudito ya avezado encuentra en ello todos los elementos de goce intelectual que ya son indispensables para producirle emociones de belleza. Por las mismas razones, la educación literaria hace que parezca vulgar el estilo de Dumas, incongruente el convencionalismo efectista de Sardou y triviales los sonetos de Stechetti; mientras que los espíritus no desbastados por la cultura declararán inaccesible el nobilísimo estilo de Flaubert, nebuloso el simbolismo de Ibsen é inarmónicas las odas magistrales de Carducci.»

La emotividad musical individual es, pues, esencialmente diversa. Es lógico, como también lo ha observado Borrell (1), que la misma música afecte de manera muy diferente á las diversas personas de un mismo auditorio. Cada uno posee un carácter propio,

(1) Borrell: *Loc. cit.*

Digitized by Google

asociaciones de imágenes que le son más familiares, memorias de sentimientos que le son exclusivos; la excitación musical que venga á herirlo debe refractarse de una manera especial, según el índice propio del doble prisma de su temperamento y su educación. Las naturalezas más cultivadas y las más ricas de sentimiento son las más aptas para gozar plenamente de una obra musical; ello significa que nosotros creamos, en nosotros mismos, buena parte de las impresiones que sentimos. El conjunto de sentimientos ó de emociones que puede provocar una obra en cualquier individuo tiene por límite la naturaleza misma de los sentimientos que inspiraron al autor y la sinceridad con que haya sabido hacer eficaz su expresión.

Patrizi, como ya hemos observado, olvida este último factor ó lo niega en nombre de la estética experimental. Asigna á la música la facultad de conmovernos profunda y ampliamente, como todas las bellas artes, pero prescindiendo de cualquier carácter de expresión determinada, de acuerdo en esto con muchos críticos, desde Hanslick hasta Dauriac. La música no crea, según ellos: intensifica. Es un *resonador,* multiplica en cada alma lo que ya existe en ella. «El efecto de los sonidos depende menos de las reglas que presiden á su producción y armonización que del mecanismo personal con que cada organismo los percibe y condensa, los transforma y elabora, para complementar la emoción de una manera personal y variable de individuo á individuo» (1).

Ya dijimos que esa opinión es exacta en sentido relativo, y errónea en sentido absoluto. Algunas experiencias recordadas por el mismo Patrizi prueban que á cierta clase de excitaciones musicales corresponden, en todos los individuos, reacciones fisiológicas especiales. Hemos citado, al exponer la teoría spenceriana, el efecto propio de los acordes en tono menor, la significación de ciertos tiempos y de la variabilidad brusca ó cadenciosa para el paso de un sonido á otros, etc. En ciertos conjuntos ocurre lo mismo que en esos elementos. Borrell recuerda, con toda razón, que la «Marcha Fúnebre» de Chopin es absolutamente incapaz de darnos una impresión de alegría; esa alegría no está en sus condiciones intrínsecas, porque no estuvo en el estado psicológico que el autor expresa con sinceridad plena. Chopin, escribiéndola, estaba en tal estado de ánimo, que las modificaciones correspondientes á él en su organismo se referían todas á la expresión de un estado de dolor agudo. El sólo ha podido oir dentro de sí melodías y armonías apropiadas á la expresión de ese sentimiento; cuando las oímos, ellas determinan en nosotros un estado de ánimo análogo, con esta diferencia: para Chopin

(1) M. L. Patrizi: *Loc. cit.*

Digitized by Google

la marcha representaba musicalmente un dolor determinado, mientras que en nosotros sólo evoca un sentimiento de dolor, que cada cual define ó interpreta según su estado del momento y de acuerdo con sus antecedentes psicológicos.

Ferrand, en su estudio ya citado, dice que es imposible negar que la música suele surgir naturalmente de la abundancia ó de la intensidad de los sentimientos que existen en el tono psicológico individual. «Supongo que paséis la noche junto á una habitación en la cual oigáis tararear una frase musical alegre; os será fácil deducir que reina la dicha en ese hogar, y que, si no compartida por todos los que allí viven, ella inspira por lo menos al cantor. Supongamos que este último, cantando, no se propone manifestar su alegría, ni siquiera comunicar alegría á otros; á pesar de su intención, el resultado de su canto no varía. La alegría de la canción nace de su propia exuberancia, se hace oir y provoca en el que la oye una sonrisa mental por lo menos, si no transmite una parte del placer que la ha provocado.—Lo mismo ocurre al compositor. El que escribe en signos gráficos la traducción de una pieza de música, no se preocupa del efecto que producirá sobre los que la escucharán; por lo menos podrá no preocuparse. Es verdad, también, que escribe su música adoptando cierta disposición estética; el sentimiento que inspira su composición será más ó menos bien sentido por los que ejecutarán su música y por los que la escucharán. Que el hecho haya sido intencional y buscado, ó que haya ocurrido inconscientemente, no deja de ser una realidad, un hecho innegable. La música revela más ó menos explícitamente, pero en todos los casos poderosamente, las emociones y los sentimientos que llenan el alma en el momento de su composición» (1).

Esa es la posición ecuánime del problema: junto con diferencias intrínsecas de la música misma, forzosamente indeterminadas, coexisten diferencias de la aptitud individual para experimentar las emociones musicales. Hemos visto las condiciones propias de esas diferencias al respecto de las emociones; nos falta examinar las diferencias de aptitud con relación á la inteligencia musical.

Esta última, con sus cualidades congénitas y con las adquiridas por la educación, es la base para el desarrollo del lenguaje musical, lo mismo que la inteligencia general lo es para el lenguaje ordinario. Esa relación entre el lenguaje y la inteligencia es clara; en cierta medida, el uno puede permitirnos medir el grado de desenvolvimiento de la otra.

---

(1) Ferrand: *Loc. cit.*, pág. 228.

Digitized by Google

CONCLUSIONES

La música—y, en su forma simple, todo sonido musical—determina en nuestro organismo dos clases de reacciones. Las unas son directas, simplemente reflejas, variables con la idiosincrasia personal y según las condiciones generales del organismo en el momento en que actúa la excitación auditiva; constituyen la emoción musical, y son semejantes á las de toda otra emoción. Las demás reacciones son indirectas; la excitación musical actúa sobre la representación psíquica de emociones musicales precedentes; su vehículo es la asociación entre la memoria sensorial y la memoria de los estados emotivos correspondientes; la excitación musical actúa sobre ella como la palabra hablada sobre la memoria de las ideas.

Junto con diferencias intrínsecas, propias del poder emocional de la música misma, coexisten diferencias de la aptitud individual para experimentar las emociones musicales. Estas diferencias son el producto de las predisposiciones congénitas combinadas con la educación musical, determinando en cada individuo un coeficiente propio de inteligencia musical.

Digitized by Google

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Ginecología.

POR EL DR. GUTIÉRREZ.

Sobre la cura desclorurante en las nefritis y en la albuminuria gravídicas, por el doctor Guido Biancardi. (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, de Milán.)

Basándose en los estudios hechos por Widal y Lemierre, continuados más tarde por el primero de dichos profesores en unión de Javal, acerca de la acción que en el curso de ciertas nefritis tiene el cloruro de sodio en la génesis de los edemas y en la marcha de la albuminuria, ha realizado el Dr. Biancardi algunos experimentos en ocho mujeres embarazadas, entre el sexto y el noveno mes, de las que cuatro padecían nefritis parenquimatosa crónica agudizada; tres nefritis aguda, en una de las cuales había amenaza de eclampsia; y una, simplemente albuminuria gravídica. En todas proponíase el Dr. Biancardi observar cómo se comportaba la albuminuria en relación á la cura, y si ésta, una vez instituída, podía diferir ó evitar la intervención obstétrica; además, quería saber si una dieta sólida desclorurada, rica de albuminoides, podía sustituir con ventaja á una dieta láctea rigurosa en las formas de albuminuria y de nefritis que complican el embarazo. Para ello sometió las enfermas á un período de observación de algunos días, durante el cual se hacía el estudio comparativo de los cloruros, calculando rigurosamente el cloruro de sodio introducido con los alimentos y dosificando el eliminado con las orinas durante las venticuatro horas, á la vez que se extendía el análisis al peso específico de éstas, á la cantidad de albúmina y al sedimento.

Terminado este período de prueba, comenzaba la cura desclorurante. En la mayor parte de los experimentos se limitó el autor á establecer una dieta mixta, no muy rica en albuminoides, compuesta de leche diluída con $^1/_3$ de agua (y, por tanto, pobre en cloruro de sodio), á la que se adicionaban algunos gramos de bicarbonato de sosa, sopa de arroz, caldos sin sal y en algún caso huevos también sin sal; en otros casos se añadía á esta dieta carne de vaca, cruda ó asada y desprovista de sal; en otros se suprimió la leche y se adoptó una dieta desclorurada exclusivamente sólida, compuesta de carne, patatas, manteca y azúcar. En un caso creyó oportuno el autor ayudar la descloruración orgánica con la administración de la diuretina.

Digitized by Google

Estas observaciones fueron seguidas en cada enferma por espacio de quince á treinta días, y los resultados que el Dr. Biancardi pudo obtener con el régimen desclorurante en las nefritis y albuminuria gravídicas, si no fueron extraordinarios, son por lo menos ventajosos desde el punto de vista puramente médico de la forma morbosa. El tratamiento desclorurante tiene una eficacia indiscutible sobre la desaparición de los edemas y de los trastornos subjetivos (cefalea, vómitos, obnubilaciones, etc.), y estará indicado en los casos de nefritis gravídica acompañada de edema pulmonar y de infiltración visceral profunda; en cambio, ofrece escaso valor la dieta desclorurante en la albuminuria sostenida por la intoxicación del organismo ligada al embarazo, albuminuria que exige para su curación vaciar el útero.

La dieta hipoclorurada que mejor responde en el tratamiento de las nefritis y albuminuria gravídicas es la que se compone de leche, hidratos de carbono (sopa de arroz, patatas, legumbres) y grasas (huevos y manteca); dieta á la que se puede adicionar en determinados casos la carne de vaca, con ciertas precauciones.

Tratamiento de la erosión del cuello uterino por el queleno y el xeroformo, por el Dr. O. Beuttner. *(Gynæk. Helv.,* 1905.)

Dependiendo de la metritis la erosión del cuello, su tratamiento está desde luego subordinado al de la lesión causal; pero esto no obsta para que en los casos rebeldes se hayan preconizado numerosos medios terapéuticos para conseguir la sustitución del epitelio cilíndrico constitutivo de la erosión, según demostraron Rüge y Veit, y antes que éstos Chéron, por el epitelio pavimentoso normal. Con este fin se han empleado y aún se emplean el ácido piroleñoso, el nitrato ácido de mercurio, el ictiol, el thiol, la formalina, etc.

Fundándose Beuttner en el hecho de que las células cilíndricas, histológicamente superiores á las células epiteliales, tienen la facultar de segregar y son también más alterables, se propone disminuir la vitalidad de dichos elementos para permitir que las células pavimentosas recobren su puesto, logrando de este modo la cicatrización de las mal llamadas ulceraciones del cuello.

Para ello se sirve del cloruro de etilo ó queleno químicamente puro, que, aplicado en pulverizaciones, tiene la propiedad de congelar las células cilíndricas lo mismo que sus núcleos, no teniendo marcada influencia sobre las células pavimentosas; aplica después sobre éstas polvo de xeroformo, medicamento que determina una rápida epitelización.

La técnica que el autor aconseja es la siguiente:

Aplicado el espéculum y puesto el cuello uterino al descubierto.

Digitized by Google

se limpia de moco el conducto cervical con la tintura de iodo y se lava y desinfecta el hocico de tenca. En seguida se dirige sobre la erosión un chorro pulverizado de cloruro de etilo, hasta que el color rojo vivo de aquélla se vuelva blanco; con un pulverizador se proyecta el xeroformo sobre la parte congelada y sus alrededores, aplicando, por último, un tapón (de algodón) xeroformado contra el cuello, cambiándole diariamente. Estas curas pueden repetirse cada dos ó tres días.

La punción lumbar y el veratrum viride en el tratamiento de la eclampsia, por el Doctor Mirto. (*Annali di Obstetricia e Ginecologia*, de Milán.)

La creencia de que las convulsiones eclámpsicas podían ser debidas á una exagerada presión intracraneal y medular por aumento del líquido céfalo-raquídeo, indujo á Henkel en 1901 á practicar en 16 enfermas que sufrían ataques de eclampsia la punción lumbar para extraer dicho líquido, inyectando en su lugar una solución de 0,003 de escopolamina y 0,015 de clorhidrato de cocaína. Los resultados de este tratamiento fueron poco satisfactorios. Helme en Inglaterra y Krönig en Alemania han resucitado este nuevo tratamiento, llegando el último á medir la presión del líquido céfalo-raquídeo, que en los casos de eclampsia puede alcanzar la cifra de 500 á 600 milímetros; mas, á pesar de la sustracción del líquido, los ataques de eclampsia se han repetido, así como también se ha visto que la presión no disminuye aunque se extraiga, á veces, una cantidad importante de dicho líquido (17 c. c.). No es, pues, la causa determinante del acceso eclámpsico el aumento del líquido raquidiano, y el exceso de tensión.

Comparando el Dr. Mirto en su trabajo los resultados de este tratamiento de la eclampsia con los que se obtienen del *veratrum viride*, por nosotros experimentado con éxito también en dos casos, demuestra de un modo evidente la superioridad del último con el relato de 61 observaciones (de 20 pluríparas y 41 primíparas, con una mortalidad de 15 por 100 para las primeras y de 4,90 por 100 para las segundas), de cuya lectura se deduce que el *veratrum viride* aleja y en muchos casos detiene los ataques.

Aunque en la actualidad se desconozca el mecanismo y la causa determinante de las convulsiones eclámpsicas—dice el Dr. Mirto,—la clínica enseña que el acceso es precedido y acompañado de un aumento notable de la presión arterial, y que si se logra disminuir por algún medio esta presión, se llega á evitar en muchos casos la repetición del mismo. De aquí surgió la indicación de los medicamentos hipotensivos, y especialmente del *veratrum viride*, en el tratamiento de los ataques eclámpsicos. Las modernas teorías acerca de la patogenia de la eclampsia están de acuerdo en admitir que la

Digitized by Google

causa de los ataques convulsivos es una toxina circulante en el organismo. Esta sustancia tóxica sería la que, ya por acción directa sobre el sistema nervioso vaso-motor, ya obrando sobre órganos de secreción interna, que si retienen los agentes del tono vascular producen la hipertensión del eclampsismo, determinaría en momentos dados con su aumento una mayor vaso-constricción, isquemiando la corteza cerebral, y por esto provocando el acceso convulsivo.

El agente tóxico sería, en este caso, la causa prima; pero la isquemia provocada por él sería la causa inmediata. Admitiendo esta teoría, se comprende bien el valor terapéutico del *veratrum viride*. Disminuye la presión porque, según los autores, obra sobre el corazón y sobre el tono vascular por parálisis vaso-motora ó por acción deprimente sobre la medula, especialmente sobre el centro vasomotor y sus ganglios cardíacos, ó por disminución de la excitabilidad de los centros nerviosos del corazón y del centro medular vasomotor. En resumen: por su acción vaso-dilatadora.

La mejor preparación es el extracto fluido de las casas Davis, Erba y Zambelletti, á la dosis de $^1/_3$ ó $^1/_2$ c. c. para cada inyección subcutánea, aun repitiendo la dosis.

Debe, á ser posible, medirse la presión arterial, y cuando menos vigilar el pulso, cesando en la administracion del medicamento cuando aquél baja á 60 pulsaciones, si los ataques no se repiten. Es compatible este medio con otros farmacológicos que se emplean para el mismo objeto, y, sobre todo, permite recurrir con oportunidad á la intervención obstétrica.

Neurología y Electroterapia.

POR EL DR. D. ENRIQUE VILCHES Y GÓMEZ.

Sobre la tarsalgia y su tratamiento, por A. M. Daniel. (*Annali di elettr. medica e terapia fisica*, núm. 8, 1905.)

El autor presenta el estudio de siete casos de esta afección tan dolorosa y tan poco conocida en su naturaleza hasta ahora. Todas sus observaciones han ido precedidas de la radioscopia y radiografía de la parte enferma, y el tratamiento ha sido exclusivamente eléctrico, salvo en algún caso en que la enfermedad se relacionaba con lesiones ó neoformaciones de los tejidos próximos.

He aquí el procedimiento seguido por el autor: Coloca un electrodo de aluminio, de gran superficie y unido al catodo, en el tercio inferior del muslo sobre su cara anterior. El anodo lo sumerge en una cubeta aisladora llena de agua templada, en la cual introduce también el pie del enfermo. La sesión dura veinte minutos, y la intensidad de la corriente es de 20-30 y hasta 50 miliamperios, tenien-

Digitized by Google

do gran cuidado de evitar las interrupciones rápidas. El autor considera este método como de resultados inmediatos y seguros, y nada doloroso.

Mr. Verger aconseja el empleo simultáneo de la corriente galvánica y de inyecciones locales de cocaína al 2 por 100, asegurando que los efectos son más rápidos y duraderos.

El procedimiento de Daniel no tiene, en verdad, nada de nuevo como método electroterápico; y respecto á su aplicación en la tarsalgia, nosotros tenemos registrados dos casos de la práctica privada, en que fué empleado este procedimiento con ligeras variantes y con resultados en extremo lisonjeros.

En ambos casos hemos empleado un electrodo negativo de gran superficie y perfectamente humedecido, colocándole en la cara anterior y parte superior del muslo, y el positivo en comunicación con el agua de la cubeta, que era una solución, al 6 por 100 próximamente, de bicarbonato de sosa. Sin que esto sea prejuzgar nada respecto á la naturaleza de la afección, creo que la solución alcalina debe representar un importante papel, cuando menos en ciertos casos, en el proceso de curación, y que es preferible desde luego al agua sola. La duración de las sesiones fué en ambos casos de 25 á 30 minutos, y la intensidad alcanzada de 30 á 55 miliamperios. Todo esto sin molestias para el enfermo y con los mejores resultados. En el primer caso fueron suficientes tres sesiones, empezando el alivio desde la primera, y en el segundo siete, con intervalos de tres días de una á otra sesión. La curación fué completa en ambos.

Respecto á la modificación que Verger introduce con las inyecciones de cocaína, debo decir que la creo innecesaria, pues, entre otras razones, no sabríamos por el momento á quién colgar el milagro, si á la cocaína ó á la corriente galvánica.

= *A propósito del abuso que puede cometerse con las intervenciones quirúrgicas* en enfermos que no han sido objeto de un examen atento y minucioso, el profesor Raymond cita el caso de una joven de veinte años que, habiendo entrado en el hospital padeciendo un embarazo gástrico, se le presentaron poco después vómitos violentos con tendencia grave y gastralgia, por todo lo cual se creyó en la existencia de una úlcera del estómago, no obstante la ausencia de hematemesis, y se procedió á practicar la laparotomía. Esta no demostró la existencia de lesiones por parte del estómago ni de los intestinos.

El estado de la enferma no se modificó por el hecho de la operación, y algunos años más tarde se presentaba en la clínica de la Salpetrière aquejando sus antedichas crisis gástricas. En el examen de la enferma se puso de manifiesto una hemianestesia izquierda,

Digitized by Google

típica de la histeria, y un estado mental especial. Esta enferma había tenido en su infancia frecuentes indigestiones, acompañadas más tarde de vómitos también frecuentes.

Esto prueba una vez más la necesidad de no irse de ligero en el diagnóstico de ciertos padecimientos, y, sobre todo, la extremada prudencia con que debe conducirse el médico antes de entregar al enfermo á los riesgos de una intervención quirúrgica, y á fin de evitar errores como el referido por Mr. Raymond.

Restablecimiento rápido de las funciones tras la sutura nerviosa secundaria (Soc. de ch., 18 Oct. 1905).—Mr. Kallionzis (de Atenas) refiere la siguiente observación de un caso de sutura nerviosa tardía, seguido del más completo éxito. Trátase de un joven que recibió una puñalada en el brazo derecho, quedando seccionado el radial y presentándose inmediatamente la parálisis completa de este nervio. Transcurridos dos años del accidente, fué operado por el Dr. Kallionzis, quien practicó la sutura de los dos extremos del nervio, y pocas semanas después reaparecía la sensibilidad en el miembro paralizado, pudiendo el herido servirse de nuevo de su mano poco tiempo más tarde.

= En casi todos los periódicos médicos, tanto de la especialidad neurológica como de la de paidopatías y de medicina general, se encuentran diariamente reglas y preceptos, unidos á medicaciones más ó menos conocidas, para el *tratamiento del corea.* Comby y con él otros muchos preconizan el arsénico llevado hasta la saturación del organismo, lo que el primero considera necesario para el éxito, y se consigue principalmente administrándole por vía hipodérmica, para lo cual se recomiendan los diversos cacodilatos, y en especial el metilarsinato disódico, y esto sin renunciar en absoluto á la vía gástrica.

En las formas paralíticas del corea, el único medio verdaderamente activo, según Dujardin-Beaumetz, es la envoltura en un paño mojado.

En el corea histérico aconsejan el bromuro de potasio y la hidroterapia: ésta en forma de ducha fría en chorro, y el bromuro á la dosis de dos á cuatro gramos al día.

Legroux aconseja la antipirina en la forma reumática, administrada á altas dosis, y con la cual se consigue la curación al cabo de quince á veinte días.

Por último, en los casos graves se recomienda el cloral á dosis masivas, la gimnasia, el masaje, etc., etc.

No podemos dejar pasar la ocasión sin decir dos palabras, como anticipo de un trabajo más detenido que pensamos publicar, acerca del tratamiento empleado por nosotros en el Dispensario en los nu-

Digitized by Google

merosos casos de corea que han pasado y pasan diariamente ante nuestros ojos.

Para no entrar ahora en detalles que harían demasiado larga esta nota, sólo diremos que de todos los tratamientos que se recomiendan y que hemos ensayado en varias ocasiones, no hemos visto resultados más rápidos, seguros, mayor comodidad para los enfermos y ausencia de todo riesgo, como los obtenidos por el empleo de la franklinización, ó sea de la electricidad estática.

Tenemos registrados cerca de cien casos en los que se obtuvo la curación con diez á treinta sesiones de franklinización. En muchos de ellos se empezó á notar el alivio á la tercera sesión, y la edad de los sujetos era de seis á veintidós años. Todos estos casos pertenecen al corea vulgar reumático é histórico, y al hemicorea de esta última naturaleza, formas que por lo demás constituyen la inmensa mayoría de los casos que se observan en la práctica.

= Mr. Chevalier ha presentado en la Sociedad de Terapéutica, en su sesión del 13 de Diciembre último, una nota acerca de la *acción fisiológica de las sustancias fosforadas orgánicas sobre la circulación*. Según el autor, todos los fenómenos descritos hasta aquí, como mejoramiento de las acciones nutritivas, aumento de peso, etc., no son sino el resultado de una mayor energía en las funciones de los aparatos del organismo bajo la influencia de estas preparaciones. Todos estos efectos se explican fisiológicamente estudiando las modificaciones que sufre la circulación por la introducción en la sangre del fósforo orgánico. Cuando se inyecta, por ejemplo, la *protilina*, se produce en primer lugar una disminución brusca de la presión sanguínea; después, el corazón recobra su energía, y el número de las pulsaciones aumenta; el medicamento, pues, como las otras preparaciones fosforadas orgánicas, excita los filetes terminales del pneumogástrico, y esta acción estimulante explica la ejercida sobre la nutrición general.

Pero formando el fósforo parte principalísima de la sustancia de muchos é importantes elementos anatómicos, y siendo el *déficit* de él en estos elementos origen de diversos estados patológicos, ¿hemos de negar á las preparaciones fosforadas toda acción integral orgánica en las células vivas, y reducirlas al simple papel de excitante de la nutrición?

¿Es sólo una acción catalítica la que ejerce el fósforo ingerido sobre las terminaciones nerviosas?

Creemos que no, y que la observación de Chevalier es una de tantas experiencias interesantes y dignas del mayor elogio como hoy ensanchan los horizontes de la terapéutica, pero de las que se quiere deducir conclusiones que aquéllas están muy lejos de patentizar.

Digitized by Google

Los rayos X en la hipertrofia de la próstata.—Según han demostrado Lépine y Boulard, los rayos Röntgen ejercen una acción manifiesta sobre la mayor parte de los órganos profundos. Esta influencia puede ser en ocasiones aprovechada como acción terapéutica en varias enfermedades viscerales; y ya se citan observaciones múltiples de casos de bocio, glucosuria hepática, leucemia, tumores fibrosos del útero, ciertas neuralgias, la epilepsia y la hipertrofia de la próstata.

En esta última afección es recomendada la radioterapia por el Dr. Moskowüz, y acaba de ser aplicada en Milán por los Dres. Carabelli y Luraschi.

El procedimiento seguido por estos autores es el siguiente: Colocan al paciente en decúbito dorsal, con la pelvis y los miembros inferiores descansando sobre un plano inclinado que forma un ángulo de 40° sobre el plano en que se apoya el cuerpo, dejando de este modo perfectamente al descubierto la región perineal. Se limita el espacio que ha de sufrir la acción de las radiaciones mediante una pantalla de plomo perforada en el centro, de modo que sólo deje á la vista la región comprendida entre la raíz del miembro y el esfínter anal. Todas las demás partes serán cuidadosamente protegidas por chapas de plomo. En estas condiciones, se enfoca la ampolla, colocándola á una distancia de 20 á 25 centímetros de la región, y se sostiene su acción durante diez minutos.

Los resultados obtenidos por los observadores de referencia han sido muy felices en dos casos, alcanzando una notable mejoría por un tiempo bastante largo; y tanto por esto cuanto por tratarse de una afección tan interesante y contra la que estamos tan desprovistos de remedios eficaces, creemos deben repetirse estos ensayos por los prácticos en cuantos casos se presenten, hasta fijar de una manera positiva todo el beneficio que pueda sacarse de este medio en una afección de tanta trascendencia.

= El Dr. Leduc, profesor de Física Médica en la Escuela de Medicina de Nantes, viene estudiando desde hace algún tiempo el *tratamiento de las neuralgias por medio de la ionización de diversas sustancias,* salicilatos, quinina, etc., y recientemente ha tenido ocasión de aplicar con éxito este medio terapéutico en un caso de contracción espasmódica dolorosa de la cara, que databa de treinta y cinco años y afectaba de una manera casi continua todo el lado derecho. Las crisis eran tan frecuentes y dolorosas, que habían producido el enflaquecimiento del enfermo, cuyo solo aspecto demostraba el sufrimiento horrible á que estaba sujeto.

Las crisis curaron completamente al cabo de tres sesiones de ionización salicílica. La duración de éstas fué de cuarenta minutos

Digitized by Google

á una hora, y la intensidad empleada de 35 á 45 miliamperios. El electrodo activo, cubierto por una compresa empapada en una solución de salicilato de sosa, se aplicaba sobre el lado afecto de la cara, dando paso á la corriente de un modo gradual hasta alcanzar la intensidad indicada, y manteniéndola durante todo el tiempo de la sesión sin que sufra variaciones bruscas.

El método descrito es excelente, según hemos podido comprobar en varios casos de nuestra práctica en que le hemos aplicado, después de tener noticia de las primeras observaciones de Leduc. Entre otros casos, sólo recordaré aquí el de un individuo afecto de intensa neuralgia del quinto par, con antecedentes específicos, y la cual cedió en muy pocas sesiones á la ionización mercurial, con la circunstancia de que el enfermo había sido sometido anteriormente por su médico al tratamiento antisifilítico sin resultado alguno, antes al contrario, con evidente agravación del dolor. Es un caso muy curioso, del que nos hemos de ocupar en otro lugar.

= En la actualidad tenemos en tratamiento en el Dispensario del Instituto un interesante caso de *convulsión en el territorio del espinal,* acompañada de fuerte neuralgia occípito-cervical, de dos años de fecha, y sin antecedentes diatésicos de ninguna clase. Tanto por la intensidad del dolor cuanto por los movimientos bruscos de la cabeza, le es dificilísimo al enfermo conciliar el sueño, dificultándole hasta la masticación y deglución, lo que ha acarreado una debilidad y un estado de ánimo rayano en la desesperación.

En vista de que, según el enfermo, había ya agotado todos los recursos de la ciencia, le sometimos desde luego á la ionización salicílica, de la que se han practicado, hasta el momento en que escribo estas líneas, sólo dos sesiones con dos días de intervalo. A la segunda sesión dice el enfermo que el dolor ha disminuído, hasta el punto de molestarle ya muy poco y haber podido dormir como hacía mucho tiempo no lo hacía; y si bien la convulsión continúa haciéndole sufrir, se nota también alguna mejoría en ella, lo cual nos hace concebir la esperanza de lograr un feliz resultado con la continuación del tratamiento. De ello daremos cuenta á los lectores de la REVISTA.

= El Dr. Laffond, de Isle-sur-Sorgue, en vista de los repetidos fracasos que ofrece el tratamiento usual de las meningitis, tuvo la idea de recurrir al *empleo de los abscesos de fijación en las diversas infecciones de las meninges.* En el *Journal de Médecine de Paris* refiere tres interesantes casos de meningitis perfectamente caracterizadas, una de ellas en el período comatoso, y en niños de tres á cinco años, que fueron tratadas de dicha manera con excelentes resul-

Digitized by Google

tados, obteniéndose en todas la curación completa de la enfermedad sin dejar trastorno alguno consecutivo. El procedimiento consistía en la inyección de un centímetro cúbico de esencia de trementina en cada una de las regiones glúteas del niño. Los abscesos se formaban bien pronto, y no eran abiertos hasta los treinta días, cuando ya los síntomas meníngeos habían desaparecido.

Si reflexionamos un poco sobre estos hechos, tendremos que convenir en que los referidos abscesos de fijación no vienen á ser sino un modo disimulado de resurrección de los antiguos sedales y fonticulos tan anatematizados y ridiculizados en la época moderna por los sabios de gabinete y por los clínicos (estos últimos, arrastrados más por las flamantes doctrinas de aquéllos que por la observación y propia experiencia): tal es el pernicioso influjo que ejercieron y ejercen en la actualidad las modernas teorías localicistas y el olvido de los principios fundamentales de la medicina hipocrática. Claro se ve, por estas ligeras consideraciones, que aplaudo el proceder del Dr. Laffond, y entiendo es uno de los signos de la saludable reacción que viene batiendo marcha hacia el laberíntico campo de la terapéutica y de la clínica; mas como el asunto es vasto, y mucho tendría que decir que no cabe en los estrechos límites de estas notas, lo aplazo para lugar más apropiado.

Vías urinarias.

POR EL DR. GONZÁLEZ BRAVO.

Nuevo procedimiento mixto de prostatectomia total. — Método perineo-suprapubiano, por el Dr. Cathelin. (*Tribuna Médica* de 23 de Septiembre de 1905.)

El Dr. Cathelin se vió obligado, con ocasión de un enfermo interesante, á recurrir á un procedimiento mixto de prostatectomía que, evitando los inconvenientes de los dos métodos ya conocidos, es decir, la insuficiencia de drenaje del procedimiento angloamericano y la ablación incompleta del procedimiento francés, reuniese sus ventajas principales: la ablación en bloque de los tres lóbulos por una parte, y por otra la facilidad del drenaje.

El excelente resultado obtenido en el enfermo, que curó sin incidente alguno, hace aconsejar al Dr. Cathelin la misma conducta en todos los casos de hipertrofia prostática, *sobre todo en los de evolución vesical* con *gran lóbulo medio prominente,* de lo cual puede asegurarse por la palpación doble combinada en posición declive, y por una cistoscopia preliminar.

La operación se practica con arreglo á la siguiente técnica:

Colocado el enfermo en posición de Proust ó sacro-vertebral, debe el operador estar en pie.

Digitized by Google

El *primer tiempo* consiste en practicar un ojal vesical suprapubiano, de un centímetro, estando la vejiga llena de aire por medio de un catéter acanalado y hueco. Hecho este ojal, se introduce por él un separador especial, compuesto de dos grandes ramas del de Farabeuf, fijas en una pinza de cremallera, con lo que se mantiene constantemente abierto y permite siempre la entrada del dedo guiado por las ramas del separador.

Segundo tiempo.—*Ataque del periné.*—Los primeros tiempos, hasta la apertura de la uretra, se parecen á los del procedimiento de Proust, Gosset, Albarrán: incisión transversal supra-rectal, sección del músculo recto-uretral; y para evitar la herida del recto, introducción en él del dedo recubierto de un protector. Disecando entre el dedo y el catéter, es imposible herir la ampolla rectal; y, por último, sección mediana y corte de la uretra sobre la canal del catéter.

3.° *Enucleación en masa.*—Introduciendo por la brecha uretral el desenclavador del autor, el índice perineal empieza la decorticación inferior y lateral de los dos lóbulos atraídos al exterior por pinzas especiales, lo que se practica en pocos segundos cuando la próstata está sujeta por el desenclavador; haciendo progresar el dedo poco á poco por detrás y por arriba, hasta estar en contacto con el índice vesical suprapubiano, que sirve á la vez de comprobación y de protector para separar todo sin herir, pero no para hacer bajar la próstata; después, el dedo vuelve por delante, cerca del cuello, donde hace una pequeña maniobra, que consiste en volver á subir el dedo en forma de gancho para desalojar las masas retropubianas que dan la clave de la caída completa de la próstata, haciéndola bascular completamente: el bajo-fondo de la vejiga desciende, y en el fondo se ven las aberturas de las vesículas seminales y de los conductos diferentes.

La próstata entonces no está sujeta, está sólo suspendida por la uretra; se la atrae con el dedo, separándola del cuello, que se respeta, por medio de un desprendimiento submucoso, siempre con el dedo; y sólo falta seccionar la uretra en plena región prostática y por arriba, más abajo de la uretra membranosa, verdadero esfínter vesical, que se respeta.

La operación terminada, el dedo suprapubiano sale por lo que queda de uretra prostática, y por allí se introduce el drenaje. La hemorragia no existe.

Durante la decorticación es preciso proscribir absolutamente las tijeras; *una próstata se quita con los dedos.*

4.° *Cuidados consecutivos.*—Colocar un grueso drenaje por el periné y bien en el cuello, sujeto con un punto de sutura al labio cutáneo superior, otro pequeño drenaje en la cavidad de Retzius y una

Digitized by Google

mecha á la entrada del ojal muscular para hacer oclusión. En el periné se hace un buen taponamiento.

El drenaje se suprime al tercero ó quinto día, y se sustituye por una sonda número 19, y que permanecerá de un mes á seis semanas, hasta que se cierre la fístula perineal.

Estudio de una forma particular de tuberculosis primitiva del riñón.—El riñón poliquístico-tuberculoso.

Los Dres. Curtis y Carlier, de la Universidad de Lille (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*. París, 1.° Enero 1906), publican un estudio muy interesante de una forma anatómica particular de tuberculosis renal, que no tiene nada de común con las transformaciones quísticas que se producen en el riñón en el curso de la tuberculosis, puesto que no se trata en dicho caso ni de un viejo riñón caseo-cavernoso, transformado en quístico por evacuación de su contenido, ni de una distensión hidronefrósica, complicada con necrosis destructivas, sino de un riñón atacado de una verdadera nefritis intersticial quística asociada á la tuberculosis.

Del estudio anatómico que los autores hacen del riñón, resulta que es un órgano atacado de tuberculosis cavernosa en su parte superior, ulcerosa en las regiones papilares, y por otra parte profundamente modificado en su aspecto por una trasformación quística que invade todo su parénquima, análoga á la que se observa en ciertas nefritis intersticiales crónicas, y que á primera vista le dan una cierta semejanza con el riñón poliquístico congénito; semejanza que, si bien no resistiría á un estudio anatómico, puede inducir á error á un operador que se encontrase por primera vez con un órgano de este modo alterado.

El examen histológico demuestra que las lesiones tuberculosas se hallan, en realidad, más avanzadas de lo que hacía suponer la simple vista.

Los quistes que existen en abundancia en el parénquima son de dimensiones variables, desde cuatro hasta cinco milímetros y aun un centímetro los que ocupan la superficie del órgano; con relación á los tejidos ambientes, pueden considerarse dos variedades de ellos. Los unos, más numerosos, se encuentran constantemente en medio de placas esclerósicas antiguas, más ó menos infiltradas en algunos sitios de focos de proliferación reciente. Los otros, más raros, parecen formados en medio de los tubos rechazados, sin vestigio de reacción intersticial bien marcada.

Las paredes de los quistes son en todos de la misma naturaleza: formadas por una membrana limitante revestida interiormente de un epitelio continuo, cuyas dimensiones varían según el grado de dilatación de la cavidad; haciéndose notar que toda ésta cavidad está

Digitized by Google

revestida del referido epitelio, bien visible, y, por lo tanto, que se trata de verdaderas producciones quísticas y no de cavidades accidentales debidas á la necrosis tuberculosa.

El contenido está formado por un depósito ligeramente granuloso ó por verdadera materia hialina; siendo de notar que, á excepción de algunos que se encuentran en las inmediaciones de la región papilar, los demás no se hallan invadidos por el proceso tuberculoso.

Del hecho clínico de la curación definitiva y de la supervivencia postoperatoria del enfermo, que se halla en pleno estado de salud después de dos años; del estudio anatómico y de consideraciones experimentales, deducen los Sres. Curtis y Carlier las siguientes conclusiones:

1.ª Hay que excluir de la patología renal el término de riñón quístico tuberculoso, aplicado á lesiones antiguas cavernosas ó hidronefrósicas, que pueden producirse en el curso de la tuberculosis y terminar por transformaciones pseudoquísticas, pero nunca por la producción de verdaderos quistes intrarrenales.

2.ª Hay una forma especial de tuberculosis quirúrgica primitiva, única que merece el nombre de *riñón tuberculoso poliquístico*.

Esta forma no se sabe que haya sido descrita hasta ahora por los autores. Es notable clínicamente por su larga duración y su cronicidad, y anatómicamente por la hipertrofia del riñón y la abundancia de quistes, que le dan á primera vista una gran semejanza con el riñón poliquístico congénito.

3.ª El riñón poliquístico tuberculoso tiene por caracteres histológicos lesiones muy complejas que principian por la embolia bacilar y la tuberculosis cortical, continúan por la invasión ascendente y secundaria de las pirámides, y terminan por transformaciones esclero-epiteliales y quísticas, semejantes á las que han sido descritas. La reinoculación de las papilas determina en las pirámides una *tuberculosis yuxta é intracanalicular vegetante, de propagación ascendente*.

La propagación ascendente se realiza por la vía linfática, y no por la canalicular.

4.ª Las lesiones esclerosas, quísticas y epiteliales se han producido seguramente por la invasión y la diseminación bacilar. En este caso no se trata de una simple coincidencia de tuberculosis renal y de antigua nefritis intersticial, sino de un proceso unívoco, de una forma especial de tuberculosis renal crónica, en la que todas las alteraciones obedecen á una misma causa: la presencia del bacilo en el tejido renal.

5.ª Las lesiones epiteliales de degeneración hialina descritas son idénticas á las producidas experimentalmente por la ethero-bacilina de Bernard y Salomon.

Digitized by Google

No es justo considerar en toda circunstancia la producción de bolas sarcódicas en los epitelios renales como puramente artificial y resultando de la acción de los líquidos fijadores. La producción de bolas sarcódicas es, en algunas ocasiones, perfectamente patológica: es la expresión de una sobrehidratación protoplásmica, de un estado vacuolar que se encuentra algunas veces en otros muchos organismos y tejidos patológicos; no es otra cosa que una verdadera degeneración hidrópica del protoplasma de la célula renal.

El conocimiento de esta forma especial de tuberculosis renal es importante desde el punto de vista clínico, porque su semejanza con el riñón poliquístico congénito podría detener al operador que por primera vez se encontrara con un órgano tan profundamente modificado.

Cirugía del aparato digestivo.

Por el Dr. R. L. y Yagüe.

Sumario.—I. Ruptura total del páncreas curada por sutura.—II. Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado.—III. Tratamiento de las hernias umbilicales por las inyecciones de parafina.—IV. Hernia de Treitz.—V. De los estrechamientos del intestino consecutivos á la interrupción de la circulación mesentérica.—VI. Las funciones del ciego y del apéndice.—VII. Disposiciones viciosas del colon ascendente, provocadas por el descenso del riñón derecho.—VIII. Tratamiento de la enfermedad de Hirchsprung.—IX. La úlcera crónica del estómago y su tratamiento.

I. *Ruptura total del páncreas curada por sutura.*—Un sujeto de veintitrés años fué cogido entre dos topes de camino de hierro, que le comprimieron la pared abdominal, á consecuencia de lo cual comenzó á vomitar líquido de color café y sangre pura; el pulso permanecía bien, pero los dolores de vientre eran muy agudos.

Abierto el vientre, no se encontró ninguna lesión del intestino; pero detrás del pequeño epiplon, de donde parecía rezumar la sangre, se encontró el páncreas claramente dividido en dos, habiendo sido roto contra el lado izquierdo de la columna vertebral; se unieron las dos porciones sangrantes después de su aproximación por suturas posteriores y anteriores con seda fina, cogiendo algo el parénquima.

La hemorragia se detiene, se tapona el foco, haciendo que parte del tapón salga por la parte superior de la herida.

Los otros órganos estaban intactos.

Curación en algunas semanas, señalada por algunas hemorragias gástricas y rezumamiento abundante, los primeros días, de líquido pancreático, que irritaba fuertemente la piel.

El taponamiento, muy recomendado aquí por Mickulicz, es indispensable para evitar accidentes por contacto.

Digitized by Google

Este caso es el primero de ruptura *aislada* del páncreas curada por intervención.

Garré, que es quien la publica, atribuye la reunión sin necrosis á la integridad de los vasos esplénicos, del cual depende por completo. En el caso contrario la sutura hubiera estado contraindicada y la extirpación sido necesaria. *(Beitrage clin. Ch.,* XLVI, 1.)

Y así ha quedado escrita una página más, brillante, de la cirugía del aparato digestivo, tan fecunda y progresiva en los últimos años.

II. *Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado.*—Guinard y Bazi han expuesto en la Sociedad de Cirugía (19 Julio 1905) una simplificación, en la que está conforme Arron, en la técnica operatoria de la ablación quirúrgica de los quistes hidatídicos del hígado.

Consiste *en la supresión de todo capitonage,* lo que abrevia la duración del acto quirúrgico. Basta, pues, después de haber puncionado la cavidad é inyectado una solución de formol al centésimo, abrirla, despegar y extraer la membrana fértil y suturar con ó sin desagüe.

La sola complicación es el acúmulo de cierta cantidad de bilis que se vierte á veces por una fístula; pero es siempre temporal y cura muy sencillamente por sí sola ó después de una simple punción para evacuar la bilis; complicación que no ha sido todavía fatal. *(Revue Thérapeutique,* 1.° Sep. 1905.)

Como conducta sistemática seria, aun para mí, profano á las manualizaciones quirúrgicas, más veces perjudicial que útil; pero en los casos en que su aplicación sea posible (sobre todo en los quistes superficiales, pequeños, únicos ó no supurados), abreviará seguramente la lenta y penosa curación de los que de esa clase hoy se marsupializan.

III. *Tratamiento de las hernias umbilicales por las inyecciones de parafina.*—Cuando parece que las inyecciones plásticas de parafina tienden á decaer por los accidentes á que han dado lugar, y no semejaba poder concederse seria consideración á su empleo como tratamiento en las hernias umbilicales, el Dr. Broeckaert, á su regreso de Berlín, donde ha visto aplicar el método con éxito á Eckstein, se declara muy animado por los resultados vistos. *(Bullet. Soc. de Méd.* de Gand, Mayo-Junio 1905.)

Si las inyecciones de materias solidificables han dado, dice, para las hernias inguinales resultados nulos, cuando no malos, no sucede lo mismo para las umbilicales de pequeño volumen, donde se la puede pedir ejecute el papel de vendaje subcutáneo, á condición de que estas hernias no hayan venido á ser irreductibles por adherencias.

Así, pues, en los adultos, lo mismo que en los niños que no ha-

Digitized by Google

yan curado por el uso de una pelota conveniente, y aun en el viejo (de lo cual cita un ejemplo), poco dispuesto á sufrir una intervención quirúrgica, se procederá, en caso de elección, de la manera siguiente: decúbito dorsal y desinfección local; reducción de la hernia; con la mano derecha, libre, se inyecta en las vecindades del ombligo y por delante del anillo herniario cierta cantidad de parafina, que un ayudante mantiene cerca de la región.

Para las hernias voluminosas vale más servirse de la parafina fusible de 45° á 50°, que se inyecta caliente. En las hernias pequeñas, la inyección puede ser hecha con una jeringa automática (Broeckaert), construída para permitir la inyección á la temperatura ordinaria. Se puede estar obligado á inyectar una cantidad bastante grande de parafina, y los resultados serían definitivos en muchos casos.

¿Deberemos considerar como seriamente práctico semejante método de tratamiento, y el botón de parafina bastará para impedir los progresos de la hernia ó su estrangulación bajo el empuje abdominal, siendo barrera sólida, sin duda, pero que huye colocada por delante del anillo? ¿Irá el método á unirse en las tinieblas del olvido á las inyecciones esclerosantes de cloruro de zinc, que Lannelongue preconizó en otro tiempo contra las hernias crurales?

Sólo una mayor experiencia nos lo enseñará sin duda. (*Revue de Thérapeutique,* 15 Sep. 1905.)

¡Y ojalá no le veamos, además, suscitar las graves embolias que han sido imputadas á las inyecciones análogas hechas con fines autoplásticos!

IV. *Hernia de Treitz.*—Curada de tan rara afección ha presentado Haberer en la sesión de 3 de Marzo de la Sociedad de Médicos de Viena una joven que, á continuación de una angina, fué presa de dolores abdominales, á los cuales asociáronse bien pronto síntomas de ileus. La parte inferior del abdomen estaba dolorosa á la presión é hinchada; en la parte superior había bazuqueo, que fué atribuído á la acumulación de líquido en el intestino dilatado.

Después de la evacuación de cuatro litros de líquido contenidos en el estómago, el meteorismo desapareció, pero para reaparecer bien pronto, al mismo tiempo que sobrevenían síntomas de peritonitis por perforación.

En la operación se encontró estrangulada en la fosita duodeno-yeyunal una hernia que comprendía casi todo el intestino. Después de la reducción de la masa herniada, la pared anterior del saco fué resecada y suturada. Antes de reunir la herida abdominal, se dejó en el peritoneo gran cantidad de suero artificial, que es, según Haberer, el mejor medio de prevenir el *shock* operatorio. (*La Sémaine Médicale,* núm. 11, 15 Marzo 1905.)

Digitized by Google

V. *De los estrechamientos del intestino consecutivos á la interrupción de la circulación mesentérica.*—M. H. Schloffer publica esta Memoria experimental, destinada á poner fuera de duda la existencia de úlceras y estrechamientos intestinales consecutivos á las lesiones mesentéricas y á precisar su patogenia.

Sabemos que estas úlceras—susceptibles de dar lugar á estenosis cicatriciales—se producen á consecuencia de embolias ó trombosis de las arterias mesentéricas; que ciertos estrechamientos intestinales que suceden á la estrangulación herniaria, de ordinario á largo intervalo, parecen reconocer igualmente como causa inicial la interrupción más ó menos larga y completa de la circulación mesentérica en el segmento herniado. Otros pueden ser denominados «traumáticos», y aparecen como consecuencia lejana de un traumatismo abdominal, sin herida; pareciendo depender mucho menos de lesiones propias é inmediatas de la pared intestinal, que de alteraciones secundarias provocadas por los desórdenes vasculares del mesenterio.

La cuestión es, pues, de gran interés clínico; y sin entrar en el detalle de las experiencias clínicas, conviene anotar los resultados obtenidos por Schloffer, y utilizar estas nociones patogénicas de hoy en adelante bien establecidas.

He aquí cómo procede en el conejo de Indias: abierto el vientre, saca un asa intestinal delgada, y sobre una extensión variable de dos á cinco centímetros, después de doble ligadura de los vasos correspondientes, secciona el mesenterio lo más próximo posible al intestino, reduce todo y cierra el vientre. Refiere haber practicado en estos últimos años más de 50 experiencias análogas, de las que fracasaron un gran número, ya por muerte por peritonitis, por perforación, ya porque, siendo corta la solución de continuidad mesentérica, todo se repara sin dejar rastros notables. En nueve casos, sin embargo, ha obtenido ulceraciones ó estenosis del intestino privado de su mesenterio; ocho piezas han sido sometidas al examen histológico, y estos hechos, unidos á otros dos publicados anteriormente, constituyen un conjunto de diez «documentos precisos».

Úlceras ó cicatrices son, de otra parte, circulares ó no, según que se extienden en anillo completo, sobre todo el alrededor del intestino, ú ocupan una zona prolongada más ó menos larga, pero no circunferencial; los dos tipos de lesiones se encuentran con igual frecuencia en las ocho observaciones mencionadas. Aunque el tipo circular entraña sólo una reducción del calibre intestinal, tres veces se trataba de un estrechamiento verdadero; una vez, si la estenosis faltaba, la pared había perdido toda extensibilidad, y al nivel de este segmento inerte, las partículas alimenticias se acumulaban creando accidentes de obstrucción.

Digitized by Google

En cuanto á las alteraciones de la pared, que describe y muestra, no son limitadas á la mucosa ni á una parte solamente de las túnicas; las interesan todas, siendo una necrosis en bloque; y si no se produce perforación ni peritonitis generalizada, es necesario atribuirlo, según Schloffer, á las adherencias extensas que se desenvuelven siempre alrededor del segmento intestinal correspondiente; lo que explica cómo ciertas roturas traumáticas del mesenterio pueden evolucionar sin graves desórdenes inmediatos, y juzgarse, finalmente, cómo ocurre una estenosis tardía cuando el accidente sobreviene de ordinario en sujetos jóvenes, en plena salud, y cuyo peritoneo es apto á defenderse. *(Mitteil. aux den Greuzgebieten der Med. n. Chi.* XIV, 3; *La Sémaine Médicale,* núm. 9, 1 Marzo 1905.)

VI. *Las funciones del ciego y del apéndice.*—La ablación preventiva del apéndice en numerosas laparotomías parece tender á convertirse en práctica corriente: de aquí el interés que tiene la observación siguiente, debida á W. Maceen, cirujano americano, que son, como se sabe, los instauradores y más entusiastas propagandistas de la apendicectomía.

Se trataba de un herido que había perdido la pared anterior del ciego á consecuencia de una explosión. Poco tiempo después de la comida se veía la mucosa del ciego, que contiene, como es sabido, numerosas criptas de Lieberkuhn, segregar con abundancia un líquido alcalino, que se veía salir al mismo tiempo en cantidad del orificio apendicular, con recrudescencia de la secreción en el momento en que el quimo se vertía á través de la válvula íleo-cecal, la cual no se abría más que por intermitencias y como para dejar al contenido intestinal saturarse de jugo intestinal. El ciego era entonces asiento de movimientos que conducían el contenido hacia el fondo y orificio apendicular.

La flora microbiana del ciego y del apéndice es muy rica, por lo que se puede pensar que hay allí un tubo de cultivo y una verdadera digestión. Se trastornan estas funciones, y hay éxtasis de materiales é inflamación.

Si la ablación del apéndice no ocasiona trastornos aparentes, sucede lo mismo que para otros órganos, y esto no prueba su inutilidad. El apéndice es, según W. Mageen, un órgano de secreción interna bien definida. *(The Canadan pract. and review.* Enero 1905, vol. XXX, núm. 1.)

Y ahí queda transcrito, por si merece que no lo olviden los cirujanos.

VII. *Disposiciones viciosas del colon ascendente, provocadas por el descenso del riñón derecho.*—Habiendo observado sobre un cadáver un ciego considerablemente aumentado de volumen, por consecuencia de una disposición viciosa del colon ascendente, provocada

Digitized by Google

por descenso del riñón derecho, P. Anglave ha hecho averiguaciones cadavéricas á este propósito sobre 16 sujetos (ocho hombres y ocho mujeres) tomados al azar.

En los ocho hombres, el riñón estaba en su sitio habitual, y el colon ascendente, como el ciego, era absolutamente normal en su disposición y volumen. De los ocho cadáveres de mujer, al contrario, cuatro presentaban una disposición viciosa del colon ascendente, que coincidía con el descenso del riñón correspondiente.

En el más típico de estos casos, el ciego alcanzaba un volumen cerca de cuatro veces mayor del normal, y se continuaba con un colon ascendente que, en su porción inicial, ofrecía un diámetro muy reducido y una curvadura en la S ilíaca muy particular; la producción de esta S cólica ascendente era debida evidentemente al descenso muy marcado del riñón derecho, cuyo polo inferior se encontraba como encuadrado por él. En los otros tres casos existía también una acodadura del colon ascendente, mantenida por adherencias sólidas y coincidente con un descenso del riñón derecho.

Estas anomalías encuentran su explicación en el conocimiento de la disposición habitual del colon ascendente con relación al riñón derecho, y en las consecuencias que tiene por ello inevitablemente su descenso. En efecto: hallándose fijo el colon al polo inferior del riñón derecho por la cara inferior posterior de su ángulo hepático ó justa-renal, el riñón, al descender, arrastra forzosamente el colon con él; mientras que él baja, el ángulo hepático del colon, el ciego y la porción original del colon ascendente permanecen fijas, gracias á las estrechas adherencias que este último posee con la pared abdominal posterior. De aquí resulta que la extremidad superior del colon ascendente se encuentra transportada hacia la inferior, produciéndose una acodadura, que, por su tendencia á dejarse recubrir y doblar por el riñón, muestra bien toda la presión que este órgano ejerce de arriba abajo sobre el ángulo hepático del colon; para desalojarle poco á poco de su primera posición, en la que se esfuerzan por retenerle sus adherencias posteriores, no es, como piensan ciertos autores, la caída del colon la que determina la del riñón, sino éste es la causa del descenso del intestino.

El éxtasis fecal en el ciego y el origen del colon en la terminación misma del intestino delgado, será necesariamente la consecuencia de las viciosas disposiciones del colon, y aun podrá determinar accidentes de obstrucción intestinal. Estas retenciones fecales altas en un ciego frecuentemente voluminoso y en las porciones intestinales vecinas serán difícilmente combatidas por los medios sencillos. De ahí los estreñimientos rebeldes que resisten á los agentes medicamentosos ordinarios y que preparan el camino á la enterocolitis mucomembranosa, con tanta frecuencia observada en los casos de

Digitized by Google

desplazamiento del riñón. El éxtasis fecal, con la irritación y la infección locales que provoca, debe ser la causa primera de esta enterocolitis.

El remedio á oponer, ante todo, á estos accidentes intestinales será la nefropepsia, por la cual se libra y alivia siempre el colon ascendente, que es el asiento principal de estos accidentes, en razón de la disposición viciosa que le impone el riñón descendido.

La nefropepsia no puede, sin embargo, remediar de una manera completamente satisfactoria en todos los casos los accidentes intestinales que coexisten con el desplazamiento renal, siendo con frecuencia impotente á borrar ó corregir de modo suficiente una acodadura cólica que mantienen adherencias epiploicas estrechas y numerosas. Por consecuencia, cuando la nefropepsia se haya mostrado insuficiente para combatir accidentes intestinales consecutivos al desplazamiento renal, es sobre la acodadura cólica provocada por él sobre la que será necesario intervenir, para librarla de las adherencias que la encierran y restituirla, tanto como sea posible, su posición, su forma primera y su calibre normal. *(Rev. de chir.* Diciembre 1905.)

VIII. *Tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung (Mega colon).*—Mr. Pluyette ha tenido ocasión de observar y operar dos casos de esta rara y poco conocida afección, sobre la cual se han publicado, sin embargo, no pocas memorias.

Se trata de la dilatación idiopática del intestino grueso, que puede ser enorme, y se traduce por aumento de volumen del abdomen y movimientos de reptación, bajo la pared, de las asas intestinales, siendo la constipación extrema alternante, con abundantísimas deposiciones líquidas, sus principales fenómenos clínicos.

La afección está asociada con frecuencia á la colitis ulcerosa; el estado general se agota y los enfermos sucumben con fenómenos de estercoremia ú oclusión intestinal. Lo que hace grave el pronóstico.

El tratamiento debe ser primero médico y luego quirúrgico.

No se deben prescribir los purgantes salinos, que no hacen efecto y aun provocan crisis de cólicos, y con frecuencia vómitos. Sólo el aceite de ricino ha dado al principio algunos resultados, haciéndose bien pronto ineficaz. Los enemas no hacen obrar; sólo la enteroclisis, con cánula de 20 á 25 centímetros, llevando el líquido directamente por encima de la S ilíaca, ha dado algunos buenos resultados. La lavativa eléctrica, unida al amasamiento abdominal, parecen ser los medios médicos más eficaces.

La intervención quirúrgica es el único recurso cuando el tratamiento médico fracasa.

La punción intestinal debe ser rechazada: se ha empleado cinco veces; cuatro fué ineficaz y una mortal.

Digitized by Google

La colestomía ó ano contranatural es operación paliativa, justificables en casos de urgencia; para ser lógico debía hacerse en el ciego, puesto que los diversos segmentos del colon pueden estar enfermos.

La colopexia ha sido practicada con éxito; se la reprocha no tener influencia sobre la dilatación é hipertrofia, factores principales de la afección. Pero, según Pluyette, puede tener feliz influencia si existe flexión, acodadura ó torsión, como es frecuente, no siendo operación grave por ella misma.

La entero-anastomosis del íleon á la S ilíaca parece *á priori* una operación de elección que tiene pocos partidarios, aunque es una de las mejores, puesto que devuelve el curso de las materias, impide su estancación en el colon y origina el reposo completo de este órgano, que conduce á su atrofia, es decir, el retorno al estado normal.

La resección del colon sería la intervención más apropiada, pero es una operación muy grave, imposible de practicar cuando todo el colon está ectasiado, pudiendo producirse la recidiva, si es limitada.

La elección de método permanece, pues, aún indecisa.

Pluyette cree que la entero-anastomosis parece deberá encontrarse indicada en la mayor parte de los casos; la colopexia cuando hay inflexión ó torsión bien clara, y la colotomía cuando la dilatación es diverticular. *(Marseille Medical,* 15 de Abril de 1905.)

IX. *La úlcera crónica del estómago y su tratamiento.*—Mayo ha expuesto recientemente su opinión sobre ello, y por lo concreta merece ser destacada aquí.

La observación clínica ha dado mayor proporción de la úlcera en la autopsia, y menor frecuencia en América que en Europa. Sobre 800 operaciones practicadas en el estómago y duodeno, cerca de 450 fueron hechas por úlcera ó alguna de sus numerosas complicaciones. Las curaciones médicas se han evaluado en 20 á 40 por 100; pero hay muchas exacerbaciones que no son compatibles con la curación.

Se deben distinguir dos grupos clínicos:

1.° La úlcera quirúrgica ó patológica, que comprende todas las túnicas del estómago ó del duodeno, reconocible fácilmente al exterior del órgano; de la cual, cuando menos, los dos tercios de los casos se encuentran en los hombres.

2.° La úlcera médica ó clínica, que comprende solamente la túnica mucosa, y cuya localización exige el examen directo de la mucosa gástrica; más frecuente en las mujeres.

La operación no está indicada: en el prolapsus, la dilatación del estómago debida á un estado neurasténico, la dilatación atónica y

Digitized by Google

las úlceras agudas, á menos de complicaciones (perforación, hemorragias, etc.).

Pero es necesario intervenir en los accidentes causados por las úlceras, y en los casos en que el tratamiento médico prolongado no ha podido llegar á curar una úlcera aguda ó recidivante.

La gastro-yeyunostomía hecha por suturas entre las paredes posterior é inferior del estómago y el yeyuno, á tres pulgadas de distancia, da los mejores resultados. (The Amer. Med. Assoc., 12 de Julio de 1905.)

Y aunque creamos hoy que en la úlcera el tratamiento médico debe ser la regla y el quirúrgico la excepción, como ésta la señala tan bien Mayo, de ahí que nos parezca muy buena su opinión.

¿Pero serán éstas las reglas generales de su terapéutica más adelante? Mi opinión es que no han de variar mucho, á pesar de los progresos positivos y constantes de esta parte de la Cirugía abdominal.

REVISTA DE REVISTAS

Novedad terapéutica.—El cirujano alemán Bier ha preconizado un tratamiento muy original de las diversas artropatías. Consiste en comprimir fuertemente con una banda de caucho el miembro enfermo por encima de la articulación inflamada. La consecuencia es, naturalmente, una congestión edematosa en toda la parte del miembro subyacente al vendaje, debida al obstáculo puesto á la circulación de regreso y á la fuerte hiperemia venosa.

Con este tratamiento, Bier ha obtenido magníficos resultados en las artritis reumáticas, gonocócicas y otras.

Actualmente, Bier ha extendido ese tratamiento á las afecciones inflamatorias y supurativas, pero en este caso es necesario una ligadura de unas veinte horas, por lo menos; el resultado es aterrador en apariencia: todo el miembro enfermo es atacado de un edema enorme, rojo, de aspecto erisipelatoso; pero se obtienen rápidamente muy benéficos resultados, pues desaparecen progresivamente los dolores y los fenómenos inflamatorios.

Si el tratamiento se aplica de una manera precoz, puede impedirse la supuración. Si ésta se encuentra ya en evolución, se experimentan rápidas modificaciones, en algunas horas se alivia el enfermo, el pus se transforma y se reabsorbe; y si se trata de un foco supurativo, se ve el pus correr abundantemente al principio, luego se hace seroso y finalmente desaparece. Otro benéfico resultado es la movilización precoz de las partes enfermas, debida á la desapari-

Digitized by Google

ción completa de los dolores; de modo que en pocos días se restablecen las funciones del miembro enfermo.

En Alemania se ha recibido con entusiasmo el método de Bier, y él mismo ha tratado diez y ocho casos de otitis media por la ligadura elástica del cuello. Wasserman lo ha utilizado aun para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, mediante un respirador especial que impide la distensión pulmonar y favorece el reflujo de la sangre venosa. Carmichael ha tratado también algunas afecciones ginecológicas.—(De la *Revista de la Corporación «Estudios de Medicina»*, de Quito.—Ecuador.)

Contusión del riñón.—Nefrorrafia.—Curación. Observación recogida por ARTURO G. CASARIEGO, *alumno de la Escuela de Medicina*.—Juan Pérez Romero, natural de Antequera (España), de treinta y tres años de edad, blanco, ingresó en el servicio del profesor Domínguez Roldán el 25 de Septiembre de 1905.

Antecedentes familiares y patológicos personales sin importancia.

Vino para Cuba á la edad de veinte años, siendo albañil en España, lo mismo que en Cuba.

No ha sufrido ningún traumatismo anterior al actual.

Ingresó en el hospital á las ocho a. m., sin haber sido curado en ningún otro punto.

Por la inspección se nota una contusión de la región lumbar, con fractura de la décima y undécima costillas cerca de la línea vertebral, teniendo el enfermo 36°,1 de temperatura y 100 pulsaciones por minuto.

Se le puso un vendaje circular compresivo, con esparadrapo, en la parte inferior del tórax, quejándose el enfermo de fuertes dolores al respirar.

Durante el resto del día no orinó, y por la noche tuvo una considerable hematuria, cesando ésta después. Por más que la orina sanguinolenta no volvió á manifestarse durante el día siguiente, el Dr. Domínguez Roldán interviene á la una p. m. del 27, teniendo entonces el enfermo más tensión arterial y más temperatura que en el momento de la entrada.

Hecha la incisión de Guyón, explórase la región périrrenal, sin encontrarse hematoma considerable. En la cara anterior del riñón se puede apreciar una contusión de alguna profundidad y de forma muy irregular, la cual es suturada con catgut grueso. Se fija el riñón (nefropexia).—Drenaje.

El día 28 se cambia el drenaje, sin notar nada de particular. Curas diarias después. A los cinco días se nota que la gasa que cu-

Digitized by Google

bre la herida se mancha algo de orina; pero la fístula que se formó, mediante el cambio de posición del individuo en la cama (decúbito lateral), cúrase en poco tiempo.

Es notable en este caso la desaparición de la hematuria, y, á pesar de esto, nótase en la operación una contusión profunda en la cara anterior del riñón, que podría haber hecho practicar la nefrectomía.

De manera que en los casos de traumatismos de la región lumbar, cuando haya hematuria, aunque ésta cese, puede intervenirse, después que el enfermo esté en mejores condiciones que al principio para resistir la intervención.

El traumatismo en el caso anterior fué producido por un cubo lleno de la *mezcla* que emplean los albañiles, el cual cayó sobre la región lumbar del lesionado en momentos en que éste se encontraba inclinado hacia delante.

La nefropexia en los casos de sutura del riñón debe practicarse, pues así éste se encuentra más cerca de la pared lumbar, realizánse mejor el drenaje; y si después hay que llevar á cabo la nefrectomía, por sobrevenir complicaciones, puede esta operación llevarse á cabo con facilidad. Los líquidos que salen por los tubos ó aquellos con que se manche la gasa, así como la temperatura, deben observarse cuidadosamente. Cuando el drenaje no se establezca bien, debe abrirse la herida.—(De la *Revista de la Escuela de Medicina de la Habana.)*

Tumores raros del cuello, por el Dr. P. Acosta Ortiz.—A principios del año pasado, y á propósito de dos enfermos portadores de neoplasmas de la región ántero-lateral del cuello, tuvimos ocasión de emitir algunas ideas sobre dichas afecciones, las que deseamos ampliar hoy, con motivo de presentarles otros dos casos operados últimamente en el Servicio, y que se prestan á consideraciones no menos interesantes que aquellos cuya historia corre publicada en el *Boletín de los Hospitales* correspondiente al 10 de Marzo próximo pasado.

En ambas observaciones se trataba de individuos de más de setenta años, y los dos tumores tenían una consistencia variable en sus distintos puntos, bien que en un caso se trataba de un *lipoma degenerado,* que databa de veinticinco años, y en el otro de un *mixoma quístico,* de sólo dos años de edad; revistiendo este último caracteres de mayor malignidad, los cuales se revelaban, no sólo por su evolución más rápida y su mayor vascularización, sino por otros detalles en que no entramos hoy.

En el primero de los actuales enfermos también se trata de un

Digitized by Google

viejo de sesenta y cinco años, sano por lo demás, hombre de campo, y que notó hace como dos años un aumento de volumen de un lado del cuello, hacia la región esterno-mastoídea izquierda.

Como el interrogatorio no nos suministró mayores datos, bastará decir á ustedes que al examen físico se trataba de un tumor fluctuante, liso, indolente, del tamaño de una mandarina, situado hacia la parte inferior de la región carotídea, cubierto por el esterno-mastoídeo, al que debordaba hacia adelante; sin adherencias á la piel y aparentemente bastante libre, con respecto á las partes profundas; parecía limitado por una cubierta perfectamente homogénea, y era completamente irreductible; sin latidos, sin expansión, sin soplo, y al parecer sin ningún nexo con los vasos arteriales ó venosos de la región. El color de la piel que cubría la eminencia aquella era enteramente normal, y nunca, al decir del paciente, había presentado fenómenos inflamatorios ni dolorosos.

Como se trataba de un pobre labriego, que no nos daba ninguna luz sobre los comienzos y la evolución del mal, fuera del cuento de un problemático traumatismo, que nunca falta en casos semejantes, nos hubimos de contentar con decir: *tumor líquido, encapsulado,* comprendido en la porción lateral de la región infrahioídea, no congénito y de evolución dudosa.

Dejando á un lado, como era natural, los abscesos de todo género, ganglionares ó no, los aneurismas y producciones vasculares en general, ó muy vascularizadas, nos fijamos en los quistes.

Sí; pero ¿qué clase de quiste?

Los congénitos son casi siempre medianos, y se observan en el momento del nacimiento, ó en la primera infancia.

¿Se trataba de un quiste adquirido, sin relación con el cuerpo tiroides, pero seroso, sanguíneo, dermoídeo ó hidatídico?

En la imposibilidad de precisar más el diagnóstico, manifestamos á ustedes que muchas veces, tratándose de neoplasmas, esas sutilezas de apreciación no tienen interés clínico mayor, porque siendo la indicación la misma, las dudas se resuelven *á posteriori,* y aun en algunas ocasiones con la ayuda del microscopio; también expresamos, con respecto al pronóstico de la afección de nuestro tipo, lo siguiente: aunque no hay ganglios infartados, ni adherencias, ni dolores, ni repercusión mayor sobre el organismo, á esa edad todo resulta maligno, todo es peligroso, por más que no sea sino la anestesia misma.

Exigida con instancia por el paciente la intervención, á pesar de haberle hecho presente los peligros que corría y lo poco que le molestaba su dolencia, procedimos, por medio de una incisión vertical, á poner al descubierto el tumor, que se presentaba limitado por una membrana fibrosa, de color nacarado oscuro; y fué bastante fácil la

Digitized by Google

disección en una parte de su superficie, siendo muy laborioso luego continuar el desprendimiento de la cápsula más profundamente; y teniendo en cuenta el lugar, nos resolvimos á abrirla y vimos surgir un líquido oscuro, como sangre con agua ó lavadura de carne, y del fondo de la bolsa pudimos sacar algunos grumos de fibrina.

Su cara interna, más ó menos lisa, era granulosa en algunos puntos, y de su parte más profundá se podía desprender una sustancia viscosa, como gelatina; la cubierta esa del quiste se insinuaba entre los órganos todos de la región, y su disección era impracticable, por lo que resolvimos extirpar lo que se podía, cauterizar el resto y rellenar con gasas; después de vaciado el contenido y de practicar lavados repetidos salía siempre un pequeño hilo de sangre roja, que parecía provenir de una pequeña hemorragia en superficie, que cedió al agua caliente y á la aplicación de una solución débil de adrenalina.

Si citamos este pequeño incidente, es porque él se encuentra muy bien explicado con la marcha ulterior de la enfermedad.

En efecto: la cura se manchó constantemente, y durante muchos días, de un líquido sanguinolento tan abundante como para alarmar á las personas adscritas al servicio y necesitar el uso de medios para cohibir aquella hemorragia, escasa y lenta, pero continua.

Poco tiempo después los bordes del antro, exfoliados y gruesos, dejaban salir, al hacer la cura, un líquido sucio, sanioso y fétido, á pesar de todos los cuidados antisépticos y del empleo de soluciones adecuadas. Además, el estado general del enfermo ha ido decayendo de día en día, hasta el punto de que hoy, es decir, seis meses después de operado, su aspecto es el de un individuo caquéctico, flaco, entecado, amarillo; ha ido perdiendo paulatinamente el apetito y las fuerzas, y el estado local ha cambiado también por completo; hay un gran empastamiento de toda la región, que se extiende á la nuca y al triángulo supraclavicular; los tegumentos, amoratados, presentan una enorme vascularidad, y por cuatro ó cinco orificios fistulosos mana un líquido acuoso semipurulento y de mal olor; de suerte que aquel quiste hemático, en apariencia benigno, se ha convertido en un neoplasma invasor, probablemente de naturaleza sarcomatosa.

Es bueno, pues, ponerse en guardia cuando se trata de tumores líquidos, aun de buena apariencia, siempre que se desarrolle en un individuo de cierta edad, y hacer previamente una punción exploradora; así, han visto ustedes cómo nos abstuvimos de intervenir en la mujer aquella de la sala núm. 15, que presentaba un tumor fluctuante del hombro, y á quien extrajimos algunos centenares de gramos de sangre, confirmando así el diagnóstico de *sarcoma*, ya des-

Digitized by Google

graciadamente inoperable por su extensión, aunque bien es cierto que en este caso la naturaleza del neoplasma era más clara, por muchos otros síntomas que ustedes pudieran apreciar.

Y no es que yo crea como Tillaux, á quien horroriza, según parece, la hemorragia, que, fuera de la punción y de la inyección iodada, no deben tratarse quirúrgicamente, ó por incisión y extirpación, esos *hematoceles* del cuello, que él cree casi siempre en relación más ó menos directa con el cuerpo tiroides, sino que cuando esos tumores hemáticos son verdaderos *sarcomas,* con predominio de una bolsa quística, que no se puede extirpar en totalidad, la operación es inútil ó contraproducente.

Y vamos á nuestro segundo caso.

Se trata de una muchacha de quince años, robusta, sin antecedentes patológicos de ninguna especie, y nativa de esas montañas del Norte de Caracas, cuyo clima delicioso hace de esa zona uno de los lugares más salubres de nuestros alrededores, de tal modo, que no conozco ningún caso auténtico de tuberculosis desarrollado entre esa gente, en su mayor parte canarios de buenas costumbres, y eso que los tuberculosos de Caracas van allí con frecuencia á temperar, y muchos se curan ó se mejoran notablemente.

Nuestra enferma presentaba un tumor, ocupando casi toda la porción ántero-lateral izquierda del cuello, dirigido transversalmente, acostado en la región suprahioídea; llegaba hacia atrás hasta el espacio parotídeo; hacia adelante traspasaba la línea media su extremidad anterior, en tanto que la posterior se extendía hasta por detrás de la oreja; de 10 á 12 centímetros de largo, y de 6 á 8 de ancho; su volumen y forma se acercaban á la de esos bollos de pan ordinarios que tienen dos picos. La superficie de la masa presentaba numerosas abolladuras visibles, siendo el aspecto de la piel que la cubría enteramente normal; ésta resbalaba muy bien sobre el tumor, independiente de él; y aunque se sentían algunas adherencias profundas, al movilizarlo, éstas parecían laxas y poco numerosas; la consistencia era dura, con dureza leñosa y uniforme en todos los puntos.

La afección comenzó á los seis años de edad, por una pelotica dura que rodaba bajo el dedo, y, según el dicho de la chica, debía haber estado situada en la región suprahioídea, á igual distancia del ángulo de la mandíbula y del hueso hioides; la producción fué creciendo lenta y gradualmente, indolente, sin molestar á la enferma ni alarmar á su familia, que hacían poco caso del mal.

La idea que vino desde luego á nuestro espíritu, por todas las circunstancias inherentes al caso, y á primera vista, fué la de una adenopatía de naturaleza tuberculosa; pero la movilidad, la dureza, el volumen y la falta de otras manifestaciones análogas hacían im-

Digitized by Google

probable tal suposición; esos signos mismos, unidos al sitio, á la prominencia hacia abajo, á la independencia casi absoluta del tumor, sin contar con que autores como Boyer y Velpeau niegan la existencia de neoplasmas de la glándula submaxilar, nos hizo alejar de la idea que se hubiera desenvuelto á expensas de esta glándula salivar. La evolución lenta del neoplasma, que databa de nueve años; su consistencia, sus abolladuras, su poca repercusión sobre el estado general, y la edad de la enferma, nos inclinaron á suponer la existencia de un *encondroma submaxilar*, ya que tales producciones pueden adquirir dimensiones considerables sin alterar mayormente la salud, y trayendo, como sucedía en nuestra paciente, una deformidad chocante, único motivo por el cual solicitaba ella una intervención.

Ponsot supone que esos *encondromas* pueden reconocer como origen restos del cartílago de Meckel; pero, como dice Morestin, es inútil admitir esa hipótesis, desde el momento que el tejido cartilaginoso se encuentra con frecuencia asociado al tejido fibroso, á producciones glandulares, y aun á los *mixomas* y *sarcomas;* y es por esto que tales tumores, benignos durante una serie de años, pueden en un momento dado, por un traumatismo ó una causa cualquiera, cambiar de carácter y comportarse como producciones verdaderamente malignas, enviando adherencias y trayendo con la generalización la muerte como consecuencia; y aun sin que lleguen á tanto, su extensión y sus prolongamientos entre los distintos órganos del cuello pueden hacer su extirpación muy difícil, si no imposible.

Con una indicación tan imperiosa, procedimos á la operación, y ustedes pudieron darse cuenta de que, fuera de algunas adherencias profundas, la enucleación fué en lo general fácil, así como la hemostasia, limitada á unos pequeños troncos arteriales y á algunos venosos, anormalmente dilatados: seco el campo operatorio, después de separada la pieza, vieron también ustedes que ésta parecía no tener nexos ningunos con los órganos de la región de donde salía, que apareció como disecada; haciendo la impresión de que el tumor encapsulado hubiese estado comprendido en un espacio enteramente independiente.

Al incindir la masa neoplásica, ésta crujía bajo el escalpelo como si estuviese formada por un tejido conjuntivo muy denso, muy resistente; el corte tenía un color blanco rojizo, y fuera de algunos puntos húmedos y un poco prominentes, la sección era, en lo general, lisa y seca.

El examen histológico practicado por el Sr. Rangel, jefe del Laboratorio, permitió observar en medio de los haces conjuntivos propios del tejido fibroso algunas células cartilaginosas; de manera que quedó definitivamente asentado el diagnóstico de *fibro-condroma*.

Digitized by Google

Queda como investigación retrospectiva ó filosófica la pregunta: ¿A expensas de quién se formó ese *fibro-condroma?* ¿Serán restos de algún apéndice cartilaginoso congénito relacionado con la evolución de las hendiduras branquiales, como piensan Poirier y Retterer que puede suceder, ó bien en uno de los ganglios de la región, ya que las dos grandes glándulas salivares parecen inocentes del proceso?

Esto último es lo más probable, aunque indudablemente el neoplasma debía tener algunos nexos con la submaxilar ó con algún lóbulo errático de ella ó de la parótida; porque, como le consta á algunos de ustedes, se formó á consecuencia de la intervención una fístula salivar, que persistió algunos días y retardó un poco la cicatrización definitiva, que por lo demás no tuvo ningún otro inconveniente.

Al lado de esos tumores de marcha lenta, aunque de pronóstico reservado, tienen ustedes esos otros neoplasmas malignos del cuello, de los que algunos revisten en ocasiones una evolución tal, una marcha tan vertiginosa, que casi no le permiten á uno ni darse cuenta de su verdadera naturaleza, antes de que su extensión las haya hecho inoperables, como sucedió con ese desgraciado discípulo y colega de Carabobo, á quien ustedes vieron hace pocos meses venir á consultarnos, y que llevaba un neoplasma del tamaño de una naranja grande, situado hacia la parte media de la región carotídea, aparecido sólo hacía dos meses, y que ya presentaba fenómenos de compresión por parte de la laringe y del esófago; á pesar de sus instancias para que interviniéramos, y viendo la imposibilidad de hacerlo, le aconsejamos regresase á su país, tratando de engañarlo respecto á su verdadero estado; y murió, creo que un mes después, de los progresos de aquel mal terrible; indudablemente, un *sarcoma ganglionar primitivo.*

En otra oportunidad haremos un resumen de los distintos tumores que pueden presentarse en la región que nos ocupa, y hablaremos de la frecuencia relativa de cada uno de ellos, contentándonos, antes de terminar, con recomendar á ustedes vean algunas de las piezas correspondientes á los casos aludidos, y que se encuentran en el Museo de Anatomía Patológica del Hospital.—(Del *Boletín de los Hospitales,* de Caracas.)

Escorbuto infantil *(forma frustra),* por el Dr. LINDOLFO BELLOC.—L. H., ocho meses, argentina.

El padre es sano. La madre murió repentinamente á los quince días de haberla alumbrado. Tiene dos hermanitos sanos.

Desde la pérdida de la madre la alimentaron con leche materni-

Digitized by Google

zada (Backhaus), habiéndose desarrollado perfectamente, sin haber tenido nunca ningún trastorno gastro-intestinal ni tampoco padecido de enfermedad alguna, hasta que de pronto empezaron á notar que el sueño es intranquilo, que cada vez que la toman en los brazos llora, pareciendo como que le doliera alguna parte del cuerpo, que la familia observa desde los primeros momentos ser los miembros inferiores los que están especialmente dolorosos. Al mismo tiempo el apetito ha disminuído hasta el punto de rehusar el alimento, que antes tomaba con avidez.

Consultado un médico sobre el estado de la enfermita, desde que se inició la enfermedad, aquél diagnosticó dolores reumáticos y la trató como tal; pero á los quince días de tratamiento, no habiendo sino empeorado, la llevan al Hospital de Niños, que fué donde la vimos con el siguiente estado actual:

Buen estado de nutrición, ligera palidez general; llora constantemente, muy en especial cuando se la mueve para examinarla, y son particularmente dolorosos los miembros inferiores, los que, cuando se levanta á la enfermita, pone en línea horizontal como para no pisar con ellos, ejecutando así un acto de defensa instintivo. Existe una pequeña tumefacción en el borde interno de ambos pies. Encías perfectamente normales; tiene dos incisivos inferiores. En la piel no se nota ninguna mancha anormal.

No hay ningún rastro de raquitismo.

Las deposiciones son formadas en bolitas, con consistencia de masilla y bien coloreadas.

Las orinas habían atraído la atención de la familia de tal manera, que cuando preguntamos por el estado de ella se nos mostró un frasquito conteniendo las últimamente segregadas, siendo de un aspecto francamente sanguinolento.

Temperatura, 37°1.

En presencia de una enfermita de esa edad, con tales síntomas y con el antecedente de la alimentación conservada desde que nació, creímos encontrarnos al frente de un caso de escorbuto infantil en su forma frustra.

En consecuencia, instituímos el tratamiento siguiente: sustituir la leche maternizada por leche de vaca, recién ordeñada y cruda, mezclada con agua de cebada en partes iguales (administrar de esta mezcla 100 gramos cada dos horas).

Por otra parte, indicamos que se le diese á pasto agua filtrada con jugo de limón.

La mejoría no se dejó esperar, notándose desde las primeras dosis del nuevo régimen alimenticio, que lo tomaba con muchísimo gusto, desapareciendo así casi instantáneamente el síntoma anorexia.

Digitized by Google

Los demás síntomas fueron también cediendo. Las noches fueron siendo menos intranquilas, hasta el tercer día de iniciarse el tratamiento, en que ya durmió perfectamente bien.

La hematuria siguió igualmente disminuyendo hasta el octavo día, en que desapareció.

El dolor en los miembros inferiores fué el síntoma más persistente y el último en desaparecer.

Al mes estaba la niñita completamente restablecida, aconsejándosele á la familia continuara alimentándola con leche fresca de vaca.

La hemos visto por varias veces después de curada, y se encuentra perfectamente bien y sin haber tenido ninguna novedad.

BIBLIOGRAFÍA

POR LUIS MARCO

Policía sanitaria: Enfermedades infecto-contagiosas de los animales domésticos, y su tratamiento por los sueros y vacunas, por Pedro Martinez Baselga, *Catedrático de Patología y Terapéutica* en la Escuela de Veterinaria de Zaragoza.—Un tomo de 288 páginas, con cuatro figuras en la última.—Zaragoza, 1905: Tipografía *La Editorial,* Coso, 86.—Sin designación de precio.

No necesitan nuestros lectores que les sea presentado el autor; pues le conocen bien, por sus *Estudios de Fisiología integral con aplicación al criterio médico,* publicados en esta REVISTA.

De tres partes consta este interesante libro. La primera comprende el *Reglamento de Policía sanitaria de los animales domésticos,* fechado en 3 de Julio de 1904; al cual sigue el *Reglamento interior del Real Consejo de Sanidad.*

La segunda parte es obra personal del profesor Martínez Baselga, y la más extensa. Con brevedad, sencillez y exactitud resume los síntomas, lesiones y tratamiento de las siguientes enfermedades infecto-contagiosas: peste bovina, peripneumonía contagiosa, fiebre aftosa ó glosopeda, viruela, sarna, carbunco bacteridiano ó bacera, carbunco bacteriano, mal rojo y pneumoenteritis infecciosa del cerdo, tuberculosis, muermo, durina, rabia, fiebre tifoídea de los solípedos ó influenza, pasteurelosis de los grandes y pequeños animales, moquillo y diarrea de las terneras, cólera y difteria de las aves, triquinosis, cisticercosis y tétanos.

En la profilaxia y en el tratamiento estudia, sobre todo, el empleo de los sueros y vacunas preventivos y curativos, explicando la

Digitized by Google

técnica de sus inyecciones y los resultados obtenidos. Sólo de esas enfermedades habla el Reglamento.

La tercera parte es la traducción de unos *Principios generales de Hipología árabe*, escritos en francés por el general Duval, con sujeción á las ideas y palabras mismas corrientes entre los indígenas de la Argelia, y claro es que de Marruecos, Túnez y Tripolitana.

La obrita del Sr. Martínez Baselga es útil á los profesores veterinarios españoles, así como á cuantas personas se interesan por afición ú obligación en la Higiene pública. En pocas páginas dice mucho y bueno.

Traitement de la Lèpre par le Palétuvier ou Manglier rouge, par le Docteur *Matías Duque,* Directeur et Médecin de l'Hôpital de Syphilis et Maladies Vénériennes *San Antonio,* Colonel de santé militaire de l'Armée libératrice de Cuba, et Lauréat de l'Université de la Havane. — Un volumen de 146 páginas. — París, imprimerie Edmond Dubois & Cie, 25, Rue des Grands-Augustins.—Sin precio.

Al frente de esta obra van dos prólogos: uno, escrito por el doctor Manuel Bango y León, ex-profesor de Clínica Quirúrgica y Director del Sanatorio Covadonga; otro, redactado por el autor mismo. Sigue á ambos una carta á la Academia de Medicina de París, presentando á dicha Corporación científica este trabajo, y haciendo constar que los Dres. Duque y Moreno habían dirigido una comunicación acerca de este asunto al Congreso Panamericano de Medicina y Cirugía que se reunió en la capital de la República de Cuba en el mes de Febrero de 1901.

Entrando en materia, el Dr. Duque manifiesta que el descubrimiento de la acción favorable del extracto blando del mangle rojo para combatir la lepra fué puro efecto de la casualidad, aunque es un remedio antiguo y vulgar en los campos centrales de Cuba.

Empieza por la descripción botánica del «mangle rojo de zapatero» *(Rhizophora Mangle),* que crece en todas las costas tropicales de América. El fruto es dulce y agradable; su zumo fermentado produce una bebida alcohólica exquisita para algunos bebedores. La gran cantidad de tanino que tiene este vegetal hace que se utilice mucho para curtir pieles; y su materia colorante se utiliza en tintorería de curtidos. Se ha empleado en terapéutica popular, y aun por algunos médicos en las enfermedades palúdicas, en las enteritis catarrales y en las anemias infantiles producidas por mala alimentación ó linfatismo. Da muy buenos resultados como tónico, en extracto, en infusión y aun en vinos ó elixires. Para preparar los extractos blando y fluido se hace uso de la corteza de plantas adultas (cinco, seis ó más años), que tenga poco más ó menos unos tres centímetros de espesor, y seca hasta el punto de poderse pulverizar bien; no debe secarse en la estufa, sino extendida en el suelo de habitaciones secas, ventiladas y donde éntre la luz.

Digitized by Google

La fórmula empleada por los Dres. Moreno y Duque para obtener dichos extractos es la siguiente:

Polvo de la corteza seca.....	1.000	gramos.
Alcohol.....	200	»
Glicerina.....	350	»
Agua.....	450	»

No es cuestión de extractar extensamente en una simple nota bibliográfica un trabajo de tal novedad é importancia; pero sí conviene decir lo necesario para incitar á los clínicos al empleo de un medicamento propuesto contra una enfermedad tan grave, incurable y cosmopolita como lo es la lepra. Claro es, aun cuando se tratase de un recurso específico, sólo el noble entusiasmo de su propagandista puede excusar su aserto de que con el mangle rojo se logre curar en ocho, diez ó doce meses el **100 por 100** de los casos de lepra en su primer período evolutivo; así como en el segundo período ó de estadio se cure el 60 por 100 de los enfermos al cabo de dos á cinco años, y obtenga una mejoría mayor ó menor el 40 por 100 restante. No puedo remediarlo: afirmaciones de este linaje, como las del cinamato sódico contra la tuberculosis según el malogrado Dr. Sánchez Herrero, hechas de buena fe, carecen de credibilidad por falta de pruebas clínicas sobre la base de millares de enfermos en todos los países y de decenios de observación de los pacientes supuestos curados, hablándose de afecciones de curso lento como la sífilis y la tuberculosis. Hecha esta salvedad, nada se pierde con hacer ensayos en grande escala, y siempre que á la vez se haga uso de los mejores medios higiénicos y terapéuticos auxiliares ó fundamentales. Además, induce á observar esta conducta la atenta lectura de casos clínicos expuestos por el autor, y comprobados por Comisiones muy respetables.

Clínica ginecológica: Casos clínicos de la Consulta de Ginecología de la Casa de Socorro de la Inclusa, por el Doctor *D. Policarpo Lizcano,* Jefe de dicha Consulta, Profesor del Instituto Rubio, Médico por oposición de la Beneficencia Municipal, y Académico correspondiente de la Real de Medicina de Madrid.—Un tomo de 320 páginas, 5 pesetas.—Madrid, 1906; establecimiento tipográfico de E. Teodoro, Ronda de Valencia, 8.

También el autor de *Las Metritis* es bien conocido por nuestros lectores. Su nueva obra confirma el buen nombre del Dr. Lizcano como ginecólogo y publicista; es un inventario razonado de 1.266 enfermas pobres, tratadas con sujeción á la ciencia y á la práctica modernas; nuestro hábil compañero hizo 186 operaciones, con una mortalidad operatoria del 2,6 por 100. Entre ellas, las más numerosas fueron las laparotomías por anexitis (48), las colporrafias (46), las amputaciones del cuello (36), las histerectomías vaginales (19), las

Digitized by Google

fístulas uro-genitales (12) y las colpoceliotomías (12); las 13 restantes fueron perineorrafias, histeropexias, amputaciones de mama é histerectomías abdominales (2).

El grupo de enfermedades analizadas, en este metódico registro de una Clínica numerosa, comprende: metritis, neoplasias uterinas, dislocaciones genitales, salpingoovaritis, quistes ováricos, hematoceles, inflamaciones peritoneales y celulares de la pelvis, fístulas uro-genitales.

En cada grupo y las subdivisiones de ellos, hace el Dr. Lizcano un estudio científico basado en los casos clínicos que expone y en las doctrinas actuales de la Patología; de esa manera resulta la enseñanza más cabal y más agradable á un tiempo, comprobándose la teoría por la práctica é iluminándose la práctica por la teoría.

Este género de publicaciones, tan positivo y tan razonado, es el que mayores servicios presta á los médicos para ejercer á conciencia la profesión. Hacen mucha más falta obras de clínica que tratados doctrinales; y así se comprende y realiza en el extranjero, donde no se da el caso de que los médicos y cirujanos de nota se lleven consigo al sepulcro todo el caudal acumulado de ciencia y de experiencia en una vida de noble trabajo.

VARIEDADES

A los señores suscriptores y corresponsales.—En reunión del Profesorado, celebrada el jueves 21 de Diciembre último, fué nombrado Administrador de la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas D. Manuel Lahora, quien ejerce dicho cargo desde 1.° de Enero del año actual.

Matrícula en el Instituto Rubio.—Para ser Alumno de este Instituto de enseñanza mutua y familiar, es preciso ser Doctor ó Licenciado en Medicina, pagar por adelantado 250 pesetas de *matrícula única* y comprometerse á tomar parte durante dos años en las tareas teóricas y prácticas del Instituto. Al cabo de dos años de asistencia efectiva se obtiene el Diploma certificado de Profesor-Alumno y el derecho de tener consulta en un Dispensario, solo ó en unión de los que ya lo desempeñan, según la mayor conveniencia para el régimen, á juicio del Director del Instituto, y conciliando entre sí todos los derechos del Profesorado.

La matrícula se solicita y se paga en casa del Secretario del

Digitized by Google

Profesorado, D. José Nadal-May y Losada, calle del Pez, núm. 22, piso principal, de cuatro á seis de la tarde, menos los días festivos.

Premio FEDERICO RUBIO en todas las Facultades de Medicina.—Este Premio anual consiste en una *matrícula de honor gratuita,* con iguales deberes y derechos reglamentarios que los Alumnos de pago. Se confiere por votación entre los alumnos oficiales de cada Facultad, cursantes del último año de la Licenciatura (sólo los del segundo curso de Clínica Quirúrgica). La votación se ha de efectuar en la primera quincena de Mayo, convocando para ella el Sr. Decano.

Los Hospitales de Londres, por el Dr. Angel Pulido Martín (de *El Siglo Médico).* — Ya dije en mi carta anterior que si en algún país tiene la libertad un refugio, es Inglaterra; que tal libertad se manifiesta por igual en el vestido y en el pensamiento, y que, como consecuencia, cada uno procede según su criterio, sin preocuparse del capricho del vecino. ¡Dichosa tierra! Todo esto lo ve otra vez quien visita los hospitales de Londres. El primero que yo ví fué, naturalmente, el que más me impresionó: San Bartolomé, el más rico de Londres, con una renta de cerca de un millón y medio de pesetas y el capital enorme que representa el terreno que ocupa en la City, á más de las casas, haciendas, etc., y un retiro para convalecientes en las cercanías. El Dr. Atlee, que había estudiado allá, me acompañaba amablemente.

El Hospital de San Bartolomé, que tuvo á Harvey entre sus clínicos, fué fundado en el siglo XII como Hospital-convento (Enrique VIII suprimió el Monasterio), sufrió las vicisitudes que corresponden á tan larga vida, y hoy está formado por edificios del siglo anterior y su precedente, sin belleza arquitectónica, sombríos, tristes y de varios pisos.

Pasamos unos patios, entramos en una gran construcción, dejamos los sombreros en un pasillo y penetramos en un anfiteatro bastante malo; cada fila de bancos estaba separada de la siguiente por altas barandillas de hierro, y los alumnos presenciaban una operación sentados en aquéllas y apoyando los pies en los de delante: ni por casualidad había uno *sentado en un asiento.* La disposición del público, resultado de la mala disposición de la cátedra, me chocó; pero mi asombro se hizo mayor cuando vi á los operadores. Era un caso de cirugía ósea, y los médicos, sin chaquetas, levantadas las mangas de la camisa, no tenían otro traje de operaciones que unos sencillos delantales de hule. Cerraron la herida y aplicaron sobre ella algunas compresas empapadas en sublimado. No había visto nada semejante. Salimos de allí, subimos y bajamos escaleras,

Digitized by Google

cambiamos de edificio y un ascensor nos llevó al último piso de otro, donde en una sala pequeñita y con muchos chismes, aparatos de anestesia, de esterilización, frascos, etc., etc., operaba otro cirujano famoso, quien me recibió con la misma afabilidad que los señores del anfiteatro. Aquí eran vestas blancas y cirugía aséptica. Con el último operador visité su clínica: un par de salas con más muebles que las alemanas, con flores *como en las alemanas* y de aspecto de sanatorio burgués más que de hospital. En ellas observé por vez primera un detalle que me llenó de entusiasmo (aunque á algunos pueda parecer despreciable), porque demuestra consideración exquisita y respeto hacia el enfermo. Se trataba de un caso con cáncer de recto. «Véamoslo», dijo el jefe; y trajeron, al mismo tiempo que el agua, las toallas, etc., dos biombos para aislar al enfermo de los compañeros de sala y aun de los médicos que no tenían interés en ver el caso. Recordé entonces la diferencia de costumbres por que había atravesado en tres años: el derroche de desnudo que en Viena asusta. Aquellas escenas dantescas de la sala de Finger, donde todos los enfermos, en traje *Paraíso* (primera época) y uno tras otro, formando fila, se daban fricciones mercuriales en los costados, recibiéndolas el último de un practicante, que era el único vestido. La antesala del cuarto de curas de Lorenz, donde cada uno iba como quería, y muchos á la moda del Senegal. Y el trepe que yo me gané en una clínica, donde me dijeron: «Examine usted esta enferma» (una mujer á quien llevaban, cloroformizada ya, á la sala de operaciones). Estaba completamente desnuda, cubierta sólo por las ropas de la cama, y yo me acerqué para reconocerla, dejando la ropa en su sitio. Apenas empezaba á orientarme, cuando aparece el cirujano-jefe; se dirige á mí con los ojos fuera de las órbitas y los puños cerrados. «¿Cómo reconoce usted á esa enferma?», me gritó, y me dejó yerto. No pude ni aun balbucear una excusa; pero el bueno del maestro me sacó del atolladero *tirando de la manta*, mientras chillaba: «Así, así hay que reconocerla»; y con un tonillo de arrabal, por no decir de barrios bajos: «*Si es que no le da á usted vergüenza*». Nada, que me gané una felpa por *guardar las formas*... de la enferma.

Cualesquiera que sean las ideas de mis queridos compañeros vieneses, estoy por el pudor inglés en lo que tiene de respeto al prójimo. Pero hay quien entiende la libertad de manera muy peculiar.

Cuando conté, satisfecho, el detalle á un extranjero que vive en Londres, ví con sorpresa que, en vez de participar de mi impresión, la tomó por la tremenda. «Si eso es muy inglés; los ingleses son así, púdicos, pudibundos; dirá usted en un ómnibus un chiste verdoso, menos aún, una interjección, y es muy probable que cualquier compañero de viaje haga que le detengan.» «Y á mí eso me parece

Digitized by Google

muy bien, contesté, porque no hay derecho á ofender al vecino con estampidos de mala educación, ni á pintarle las orejas y el cerebro de color de cardenillo.»

Todavía más paseos, y llegamos á otra sala de operaciones: la de Ginecología; creo que era regalo de unas cuantas damas. Una mesita en el centro, luz cenital y de lado, y paredes, techo y suelo *de mármol rosa*.

También declaro que jamás había visto cosa análoga, ni tanta magnificencia. Y es que, lo diré de paso, en ningún sitio llegan la ostentación, el lujo, la liberalidad, al grado que en Inglaterra.

La Junta patronal de San Bartolomé tiene en proyecto la construcción de un nuevo hospital que quieren sea un modelo, y seguramente tendrá que admirar.

Al lado está la iglesia de San Bartolomé el Grande, una joya de arquitectura normanda del siglo XII, cuya visita me hizo aún más impresión, aunque de otro orden, que la sala de mármol rosa.

Otro de los grandes hospitales de Londres es el llamado London Hospital, moderno, aunque por razones de orden económico, por lo caro que vale el terreno, este hospital es de un solo cuerpo. ¡Pero qué cuerpo! Mencionaré sólo, para no hacer inacabable este artículo, el último piso, dedicado á salas de operaciones y sus anejos. ¡Son cinco salas! Todas mejores y la del centro *todavía más*. Las cinco cumplen cuantas condiciones pueden exigirse á una sala de operaciones asépticas, las cinco tienen buena luz y aparatos convenientes para reemplazar la del día, que allí suele faltar más que en parte alguna, las paredes lavables, etc., etc., y en un par de ellas graderías de hierro (que pueden ser esterilizadas al fuego), desde donde los asistentes ven las intervenciones. La sala del centro cuenta con una galería alta para el público, y toda ella es como la del Hospital de Eppendorf, de Hamburgo, de azulejo de vidrio para ser lavada con manga.

Inmediata está la Policlínica, un edificio recientísimo y sencillamente admirable, como todo el hospital, como todos los hospitales de Londres; la Policlínica ha sido construída por iniciativa particular, y en una plancha de mármol que hay en la inmensa sala de espera consta el precio del edificio y los nombres de algunos donadores; dice: Un señor que desea guardar el incógnito, 80.000 libras; es decir, 2.000.000 de francos, ¡y guarda el incógnito!

Los distintos servicios de la Policlínica tienen varios cuartos para reconocimiento de enfermos, etc., y todos dispuestos para dar enseñanzas. Entre las secciones interesantes, hidroterapia, gimnasia, etc., lo que más me sorprendió fué la de terapéutica luminosa. Varios aparatos para aplicación de rayos Roentgen, entre ellos algunos preparados para curar lesiones tuberculosas y neoplásicas de la

Digitized by Google

boca. Ví una sala con un aparato grande de Finsen y varios pequeños, donde enfermas acostadas en divanes recibían el tan interesante como costoso tratamiento del lupus que descubrió aquel autor danés; su compatriota la reina Alejandra de Inglaterra costeó esta instalación de *finsioterápia* del hospital de Londres. Para dar idea de lo costoso del tratamiento, diré que es necesario aplicarlo regularmente durante muchos meses, siempre en relación con la extensión de la enfermedad, y que cada enfermo necesita esté á su lado *constantemente* una enfermera, y que las sesiones son muy largas. Eso sí: las partes ya curadas á fuerza de tanta paciencia y tanto dinero aparecen con una cicatriz blanda y son de un aspecto casi normal, que las distingue de las horribles cicatrices que dejan las lesiones tuberculosas cuando curan por otros procedimientos. Ví también una gran máquina de electricidad á alta tensión aplicada á la curación de las alopecias. Sentada en el banquillo había una enferma, cubierta la cabeza con una pelusa bastante recia. Se trataba de una enferma que se presentó en la Policlínica con la cabeza tan lisa como una bola de billar, tal y como la había dejado año y medio antes una escarlatina. Con sorpresa para todos, aquel tratamiento electro-estático había hecho brotar el cabello. En otra sección nuevos aparatos Roentgen curaban las tiñas.

Dependencia del Hospital de Londres es la gran Escuela de *nurses* (enfermeras), capaz para quinientas. No diré nada sobre la institución de estas enfermeras, que reciben educación científica sólida y pertenecen en gran número á las mejores familias del Imperio británico. Hacia el cuerpo de *nurses* derivan gran parte de la devoción y espíritu de sacrificio de la juventud inglesa: la niña de la condesa, que entre nosotros se *mete* monja, se dedica en Inglaterra á cuidar enfermos. No cabe duda que las *nurses* son uno de los factores del adelanto de nuestra ciencia en aquel país, y ese cuerpo de tan eficaces auxiliares médicos es copiado en todas las naciones, una de ellas la nuestra, donde el genio del inmortal Don Federico Rubio hizo mucho inspirándose en ella. El profesor Schauta, de Viena, que aprovechaba en sus explicaciones cuantas ocasiones se presentaban para renegar de las matronas, tenía en cambio siempre frases de elogio para las *nurses* y los países en que es el médico el que asiste los partos, ayudado por una enfermera inteligente.

La construcción del Hospital del Colegio de la Universidad terminó este año, y el edificio se levanta donde estuvo el anterior, fundado en 1883. Es, por consiguiente, nuevo; su plano tiene la forma general de cruz latina. Me chocó que las salas de autopsias estuvieran próximas al tejado. (No debo insistir en que todos los hospitales

Digitized by Google

tienen un esmerado servicio de ascensores.) Varias salas de operaciones muy buenas, y una clínica para enfermedades infantiles muy interesante, con plantas y flores como todas las salas en todos los hospitales; y las paredes impermeables para resistir el lavado, y en ellas, en azulejos, magníficos cuadros notables como dibujo y color y de composición sencilla, que representan escenas de los cuentos infantiles, las figuras de tamaño natural; allí estaba ¿cómo no? la tímida caperucita encarnada en marcha á casa de su abuela, y más allá el taimado lobo esperando, en la cama de su abuela que acaba de devorar, ¡y cómo le abulta en el vientre!, á la sencilla niña que se acerca á la puerta. ¿Sabéis lo que estos cuadros representan?, pregunté á un grupo de comadres escrofulosas viejas, de tres á cuatro años, y que entretenían su tiempo clavando alfileres en la cabeza de una muñeca. ¡Ya lo creo! Y me recordaron algunos personajes antiguos conocidos míos, y me presentaron otros.

La visita á la sala de niños me dejó un perfume de satisfacción, al que se unió otro de asombro en la sala de espera de los enfermos de la Policlínica, muy grande, muy alta, de gran gusto arquitectónico, y *toda en mármoles*.

El Hospital de Santo Tomás, enfrente del Parlamento, al otro lado del Támesis, es el más suntuoso: consta de varios edificios unidos por galerías de dos pisos; es el hospital que más se parece á los alemanes, y el más semejante á lo que en el continente se considera como tipo de construcción nosocomial. Las salas de niños tienen las mismas decoraciones y cuadros de azulejos que acabo de describir, y los laboratorios son grandes y bien dotados. A la entrada del hospital hay un letrero que dice: «Se hará la autopsia á todo individuo que muera en este hospital».

El de San Jorge, célebre por su historia y la importancia de su Escuela Médica, de la que dependen otros hospitales, está situado delante de la entrada principal de Hyde Park; no tiene hoy día nada que despierte la atención del viajero. Visitaba el museo, donde me llamó la atención un hueso de pollo con una fractura consolidada viciosamente; el médico que me acompañaba me explicó *el caso*, que es de un humorismo muy inglés: dieron los médicos de la casa un banquete á un cirujano que se había distinguido muchísimo en el estudio y tratamiento de las fracturas óseas, y al tomar el pollo asado, le tocó casualmente, sin preparación alguna, aquella pata, notable en sí, y mucho más por la ocasión en que fué vista. El mismo médico, maestro que fué de nuestro compatriota Dr. Morales, individuo distinguido del Cuerpo de Sanidad Militar, me dijo cómo es necesario pedir autorización á las familias para hacer autopsias de los que fallecen; que en Santo Tomás es el único Hospital de Londres donde se hace la autopsia de todo el que en él muere, y hay

Digitized by Google

muchos que prefieren morirse en la calle á entrar allí. En San Jorge se puede decir que hay una autopsia diaria; en el Hospital de Londres cuatro ó cinco, porque es muchísimo mayor. Es curioso que los que dan mayores facilidades para las autopsias son los protestantes; luego, casi tantas los católicos ingleses; mientras que los irlandeses dan raramente el permiso, y nunca ó casi nunca los judíos, hasta el punto que algunos médicos-directores del Hospital de Londres, situado en el barrio israelita, se dirigieron á los rabinos para que éstos disiparan los prejuicios de sus correligionarios.

Todos estos hospitales tienen Escuelas de Medicina, propias é independientes entre sí, y museos curiosos, curiosísimos, donde se coleccionan las piezas notables, rivalizando unos con otros.

NUEVO ADMINISTRADOR

DEFINITIVO

Desde ahora, *toda la correspondencia administrativa* (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los *giros, pagos y cobros,* se dirigirán al

Sr. D. Manuel Lahora,

calle de Augusto Figueroa, núm. 36, *segundo.*

El *cambio* ó *canje* de periódicos, y los *libros* ó *folletos* para bibliografía, al Instituto Rubio, á nombre del

DIRECTOR GERENTE

Dr. Marco

Digitized by Google

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRITIS CRÓNICA

POR EL MÉTODO DE MENGE, Ó SEA CON LA SOLUCIÓN DE FORMALINA

POR EL DR. FRANCISCO BOTÍN

Convencido el Dr. Menge de la ineficacia de las sustancias antisépticas y astringentes que ordinariamente se emplean para la cura local de la endometritis crónica, y de los peligros á que exponen las sustancias cáusticas, en particular el cloruro de cinc, publicó en 1901 una monografía acerca de las ventajas de la formalina, por él empleada en 160 enfermas, con resultado completamente satisfactorio.

Los casos tratados por mí en el Instituto Rubio y en mi consulta particular confirman las ideas expuestas por el autor del método, acerca del cual han emitido su voto favorable en dos importantes trabajos Odebrecht y Herlitzka.

Desde luego he de decir que he usado en muchos casos la tintura de iodo, el fenol iodado, la creosota, etc., y con ninguna de estas sustancias he obtenido los resultados que con la formalina.

He oído en repetidas ocasiones á mi maestro el Dr. Gutiérrez anatematizar el abuso, cada vez mayor, que se viene haciendo de la legración, dando lugar á que una operación tan conservadora y de resultados tan brillantes fracase á veces completa é indebidamente.

La legración es una operación que seduce por su sencillez, y de resultados positivos siempre que se establezcan bien sus indicaciones, que por cierto las tiene bien precisas; en caso contrario, la sencillez de su técnica es la misma, pero los resultados varían.

Sin referirme á peligros, como por ejemplo la perforación del útero (que, fuera del puerperio, neoplasias, etc., considero muy difícil, pues sería necesario que la mano que maneja la cucharilla empleara una fuerza desmedida), ni á las soldaduras de la matriz, de que hablan Fritsch, Küstner, Veit, Wertheim (también por raspados hechos en el puerperio), hay otros de tanta importancia y trascendencia. Si se practica esta operación sistemáticamente en todas las formas de endometritis, sin tener en cuenta sus indicaciones y contraindicaciones, no se conseguirá muchas veces el fin terapéutico que nos proponemos al practicarla; otras resultará innecesaria,

Digitized by Google

y una operación innecesaria no debe hacerse nunca por sencilla que sea (en las enfermas núms. 5 y 9 se hubiera arrancado una mucosa sana), y en ocasiones será perjudicial. Buena prueba de ello es que cada día va aumentando el número de enfermas que de todos los puntos de España acuden á las consultas con su raspadito ya hecho, y cada día es también mayor el número de procesos inflamatorios pelvianos producidos ó agudizados por una legración indebida; procesos que, por su duración, rebeldía y sufrimientos que determinan, amargan la vida de estas pobres enfermas, teniendo muchas veces como término operaciones mutiladoras, siempre graves.

He aquí la historia de algunas enfermas de las que han sido tratadas por la formalina:

PRIMERA.—Agustina Gutiérrez, de cuarenta y dos años de edad, casada, natural de Cuenca. Primera regla á los catorce años, siguiendo normal hasta hace seis. Tres partos normales, el último hace ocho años.

Puerperios normales.

La enferma aqueja desde hace seis años molestia y sensación de peso en el bajo vientre, aumento en la cantidad de sangre menstrual y en la duración (siete y ocho días), repitiéndose algunos meses dos veces con la misma abundancia y duración. Dolores lumbares. Flujo blanco en las épocas intermenstruales.

Reconocimiento.—Cuello uterino engrosado, reblandecido; orificio externo bastante dilatado. Matriz en ligera retroflexión, aumentada uniformemente de volumen, de consistencia blanda y movible. Puesto al descubierto el cuello con el espéculo, fluye por él una secreción abundante blanco-amarillenta y poco pegajosa. No hay lesiones en los genitales externos. Con el histerómetro se aprecia la mucosa uterina blanda, prodúcese algo de dolor, y al retirar el instrumento sale una pequeña cantidad de sangre. La matriz medía 11 centímetros.

Diagnóstico.—Endometritis glandular.

Tratamiento.—Cura intrauterina con la solución de formalina al 30 por 100.

El día 1.º de Febrero de 1905 coloqué á la enferma un tallo de laminaria (núm. 8). A las veinticuatro horas se retira el tallo y se hace la primera cura. A las cuarenta y ocho horas, al quitarse la enferma la gasa iodofórmica, se produjo una hemorragia algo abundante, y se agudizaron los dolores lumbares. El día 7 de Febrero se hace la segunda cura, volviendo á reproducirse la hemorragia y los dolores. Esperé que se calmara ese estado, y el día 15 se hizo la

Digitized by Google

tercera cura con solución al 20 por 100. No hubo novedad; solamente una ligerísima salida de sangre en el momento de la cura, al retirar la torunda de algodón empapada en la solución. Se suspenden las curas por la proximidad de la regla, que se presentó el día 21, durando sólo seis días, sin la abundancia de otros períodos. Cuatro días después de la menstruación se continuó el tratamiento, pero una vez tan sólo á la semana. La regla de Marzo duró cuatro días, normal, sin dolores. Continúa algo de flujo blanco. Dos curas más, y la enferma viene á la consulta después de la regla de Abril, que dice ha tenido normal y sin molestia de ninguna especie. La leucorrea ha desaparecido. La matriz mide siete y medio centímetros. Alta.

Total: nueve curas hechas á la enferma.

***

SEGUNDA.—J. Soriano, de veintitrés años, casada, natural de Madrid. Primera regla á los quince años, dolorosas de soltera, pero normales en cuanto á cantidad y duración; después de casada disminuyen los dolores. Dos partos normales, el último hace tres años. Puerperios normales.

Algún tiempo después de este último parto volvieron á agudizarse los dolores (pélvicos); días antes de menstruar, la cantidad de sangre derramada durante el período era mayor que de ordinario y duraba más días (seis á ocho). Leucorrea al principio, muy líquida y clara; el derrame era continuo; desde hace algunos meses sale con intermitencias, pero más espesa, manchando de color amarillo las ropas.

Inapetencia, digestiones difíciles, y algunas veces vómitos.

La enferma se ha desnutrido bastante.

Reconocimiento.—Cuello del útero de tamaño normal y consistencia algo dura. Matriz en anteflexión, de volumen poco mayor del normal, consistencia la misma del cuello, poco movible; tiene el punto doloroso señalado por algunos autores, al comprimir la pared posterior en el punto de unión del cuerpo con el cuello.

Genitales externos afectos de vaginitis. En ambos labios del cuello, dos placas rojas, con elevaciones y depresiones, avanzando más en la porción vaginal la del labio anterior; su superficie sangra con facilidad. Del orificio externo cuelga un moco espeso, adherente, que se desprende con dificultad.

Quistes de Naboth en ambos labios.

Diagnóstico.—Endometritis glandular. Metritis cervical (forma folicular). Vaginitis catarral.

Tratamiento.—Cura intrauterina con la solución de formalina al 30 por 100. Escarificaciones en el cuello. Punción de los quistes.

Digitized by Google

Empieza el tratamiento el día 9 de Febrero de 1905, previa colocación de tres tallos de laminaria, núms. 3, 5 y 8. Las placas del cuello las toco también con la solución de formalina. Segunda cura el día 13. Como en la enferma anterior, se presentó hemorragia y dolores; aunque la hemorragia no fué tan abundante, fué más persistente. Sólo una cura por semana con solución al 20.

Menstruación el día 17 de Marzo. Seis días de duración, pero muy disminuída en cantidad; ha habido algunos dolores premenstruales.

Regla de Abril: cinco días de duración, cantidad normal. Sin dolores. Hay leucorrea en pequeña cantidad. Con las escarificaciones y los toques ha desaparecido la placa del labio posterior; la del anterior, de menor tamaño, pero aún persiste.

Regla de Mayo: normal, dura cuatro días. No hay flujo ni dolores. La placa del labio posterior está curada. La coloración de la mucosa vaginal, normal. Alta.

***

TERCERA.—Concepción V., de treinta y cuatro años, casada, natural de Madrid. Primera regla, á los trece años; siguieron normales. Un parto normal á la edad de diez y seis años. Desde este parto empieza su padecimiento, consistente en menorragias excesivas en cantidad y duración (diez días). A los veinte años nuevo embarazo, que terminó por aborto en el tercer mes, seguido de abundantes pérdidas sanguíneas, viéndose precisado el profesor que entonces la asistió á practicar un legrado del útero, pues la hemorragia no cedía á ningún tratamiento. Hace ocho años un segundo aborto del mismo tiempo, y un segundo raspado, practicado esta vez por mí, por las mismas razones que en el aborto anterior. El día 1.° de Enero del pasado año (1905) fuí llamado por la enferma, que había tenido un tercer aborto hacía un mes, sin que desde entonces se viera limpia de sangre.

Reconocimiento.—Matriz muy aumentada de volumen, de consistencia muy blanda, indolora y movible. Cuello grande, también reblandecido y dilatado, permitiendo el paso del dedo índice hasta el orificio interno. La matriz mide 13 centímetros.

Diagnóstico.—Endometritis post-abortum.

Tratamiento.—Cura semanal. Solución al 20.

Hice cuatro curas: entre la tercera y la cuarta disminuyó el derrame, siguiendo así unos días; pero á primeros de Febrero volvió una nueva hemorragia con la misma intensidad y duración que en el mes anterior. Hice aún una quinta cura, pasado el término prudencial de la regla; pero visto que nada conseguía, practiqué una legración el día 24 de Febrero, cesando con esto la hemorragia.

Digitized by Google

Los productos extraídos fueron sometidos á examen histológico, encontrándose, además de células deciduales, un trabajo inflamatorio intersticial en la mayor parte de los fragmentos. Hiperplasia glandular.

***

CUARTA.—Juana Mondéjar, de cuarenta años, casada, natural de Guadalajara. Primera regla á los doce años. Menstruaciones normales. Partos normarles, seis. Puerperios normales, menos el correspondiente al último parto, que tuvo lugar hace un año (1). Al quinto día, después de este parto, fiebre de 39° precedida de escalofrío intenso, dolor en la región hipogástrica, no continuo y poco acentuado; los loquios sanguíneos fueron sustituídos por secreción blanca y sin mal olor (datos por los que se excluyó el diagnóstico de infección), algunos días sanguinolenta; las temperaturas siguieron oscilando entre 38 y 39 grados, durando este estado cerca de un mes.

Desde esta época la enferma aqueja molestias y sensación de tirantez en los lomos, sobre todo estando acostada; leucorrea abundante. Períodos menstruales aumentados respecto á la cantidad de sangre, no á su duración (cuatro días).

Reconocimiento.—Nada en los genitales externos. Matriz en posición normal, bastante voluminosa, de consistencia normal, algo dolorosa al tratar de movilizarla; empastamiento poco extenso en la base del ligamento ancho izquierdo. Cuello grueso, orificio dilatado; el flujo que segrega tiene aspecto purulento.

Diagnóstico.—Endometritis crónica consecutiva á una infección puerperal.

Tratamiento.—El mismo.

Coloqué un tallo de laminaria núm. 7, que produjo á las pocas horas dolores agudos y frecuencia de pulso; quité el tallo, cesando con esto los fenómenos dichos; pero como, á pesar de esta calma, observé una agudización, aunque ligera, en el proceso del ligamento, dispuse un tratamiento apropiado, y la enferma volvió á verme en el mes de Febrero del pasado año.

La matriz tenía más movilidad, no había dolores y el empastamiento había desaparecido, quedando sólo en la base del ligamento algunos pequeños puntos indurados.

Colocación del tallo, que esta vez no produjo molestias apenas, y empecé el tratamiento extrayendo con la legra un trozo de mucosa del útero, para su análisis.

Por la época en que vino la enferma sólo pudo hacer dos curas antes de la regla correspondiente; sin embargo, la cantidad de san-

(1) Vi á esta enferma por primera vez en Noviembre de 1904.

Digitized by Google

gre durante los cuatro días de la menstruación fué menor. Cuatro curas más, y la siguiente regla fué normal, habiendo desaparecido también la leucorrea.

El resultado del análisis, negativo respecto al microbio causante, que era lo que yo iba buscando: sólo las lesiones propias de una endometritis glandular. Alta.

***

QUINTA.—Josefa P., de treinta y dos años, casada y natural de Madrid. Primera regla á los catorce años. Períodos subsiguientes normales. Dos partos normales, lo mismo que los puerperios. Esta enferma menstrúa con regularidad y sin molestias, y sólo se queja de un flujo blanco, abundante, que tiene desde su último parto, hace ocho meses.

Reconocimiento.—Nada de particular, al tacto, en su aparato genital. Por el cuello sale un moco gelatinoso, espeso y de color blanco sucio. Orificio algo estrechado.

Diagnóstico.—Endometritis cervical.

Tratamiento.—El mismo.

Dos tallos de laminaria, números 3 y 6.

A la quinta cura el flujo había desaparecido.

En esta enferma he de advertir que los toques se limitaron al conducto cervical.

He vuelto á verla recientemente, en Enero del año actual.

Persiste su curación.

***

SEXTA.—P. de Lucas, de treinta y seis años, casada, natural de Madrid. Primera regla, de trece á catorce años. Normales cinco partos, sin nada de particular, lo mismo que los puerperios. El último, hace cuatro años. De este parto datan sus molestias, menstruaciones dolorosas y cada vez más abundantes, pero guardando periodicidad. Posteriormente á este parto tuvo dos abortos, el último hace un año; desde este momento perdió la hemorragia su carácter típico, para transformarse en metrorragias profusas y repetidas. Flujo blanco escaso, pero continuo. Estreñimiento pertinaz, que sólo le vence con fuertes purgantes. Cefalalgias frecuentes.

Reconocimiento.—Matriz en anteversión, no muy pronunciada, de excesivo volumen, globulosa, de consistencia algo dura, indolora y movible. Cuello engrosado, de la misma consistencia que el cuerpo, y entreabierto. La matriz midió 10 centímetros.

Diagnóstico.—Endometritis intersticial.

Tratamiento.—El mismo.

Digitized by Google

Hice cinco curas, no cediendo las metrorragias. Legración y análisis de productos.

Resultado del análisis.—Hipertrofia de las glándulas, que han perdido su forma; no hay aumento en el número de ellas. Infiltración del tejido intersticial.

***

SÉPTIMA.—Petra Alcón, de cuarenta años, viuda, natural de Zamora. Primera regla á los once años. Seis partos normales, lo mismo que los puerperios. Esta enferma fué operada por mí hace tres años, por padecer una anexitis quística de los anejos derechos, que extirpé por laparotomía. Desaparecieron después de la operación los dolores agudos que sentía (fosa ilíaca derecha y región lumbar), sobre todo en los períodos menstruales, que eran escasos. La regla se regularizó, durando desde entonces cuatro días y en cantidad normal; pero le molesta una leucorrea abundante y glerosa y, sobre todo, tan continuada que la obliga á llevar constantemente paños como cuando tiene la regla.

Reconocimiento.—Matriz en anteversión, ligeramente lateralizada al lado izquierdo, de consistencia y volumen normales, lo mismo que el cuello. Por el orificio de éste babea constantemente un flujo claro y de color blanco-amarillento, que se desliza con facilidad.

Diagnóstico.—Endometritis glandular crónica.

Tratamiento.—El mismo.

Tres tallos de laminaria, números 2, 5 y 8; y á la séptima cura pude dar de alta á la enferma, completamente curada.

***

OCTAVA.—Constancia Ayuso, de veintiocho años, casada, natural de Madrid. Primera regla á los trece años. Sin partos ni abortos. Se ha casado hace seis años. Las reglas siempre han sido y son dolorosas; se presentan los dolores dos ó tres días antes del período, localizados en el bajo vientre. De soltera duraba el período cinco días, en cantidad normal; después de casada fué aumentando la duración; últimamente dura ocho y nueve días; la cantidad de sangre vertida es la normal. Flujo blanco acuoso.

Reconocimiento.—Matriz en anteflexión, no muy pronunciada. Estrechez del orificio externo, costando trabajo penetrar con el histerómetro; el conducto cervical también está estrechado.

Diagnóstico.—Endometritis crónica. Estrechez del cuello.

Tratamiento.—El mismo.

Cuatro tallos de laminaria, empezando por el núm. 1, que fué el único que se pudo hacer pasar, hasta llegar al núm. 8.

Digitized by Google

La menstruación que correspondió después de las tres primeras curas duró siete días, precedida de escasos y pequeños dolores. Al mes siguiente cinco días, sin dolores. Alta.

*
* *

NOVENA.—M. S., de diez y nueve años, casada, natural de Santander. Primera menstruación á los quince años. Un parto normal hace siete meses. Las reglas se adelantan dos días, con algo de dolor al principiar. Leucorrea abundante y espesa.

Reconocimiento.—Matriz normal. El cuello con un desgarro no muy profundo en el lado derecho; labio anterior algo hipertrofiado y erosionado. El flujo es adherente.

Diagnóstico.—Metritis cervical por desgarro del cuello.

Tratamiento.—El mismo, y escarificaciones en el labio anterior.

A la octava cura habían desaparecido todas las molestias; el cuello presentaba la coloración normal; no salía flujo. Seis días después de la última cura practiqué una traquelorrafia para evitar la recidiva.

En esta enferma también me limité á curar el conducto cervical, aparte de la erosión del labio anterior, y además de los toques con la formalina hice unas escarificaciones.

*
* *

DÉCIMA.—Tratada, por el mismo procedimiento, por el Dr. Sanz Barrio.

María Fernández, treinta y siete años, casada, natural de Lugo. Tuvo su primera menstruación á los veinte años. Siempre bien reglada, en cantidad y duración (tres días). Partos normales, cinco. Uno prematuro, de siete meses. Cinco abortos; el último hace mes y medio, datando de esta época su padecimiento. Dolores en ambas fosas ilíacas. Hemorragia, que no ha cesado desde el aborto, muy abundante.

Reconocimiento.—Matriz en anteversión, muy aumentada de volumen. Ligera perimetritis posterior, con retracción del ligamento útero-sacro derecho. Cuello reblandecido y entreabierto.

Diagnóstico.—Endometritis *post abortum.*

Tratamiento.—El mismo.

Sólo fueron necesarias siete curas, y posteriormente la enferma tuvo su regla normal. El útero se redujo de volumen.

Para practicar las curas procedo de la siguiente manera: Lo primero es conseguir una suficiente dilatación del cuello, para lo cual empleo la laminaria, colocando un primer tallo (previa una des-

Digitized by Google

infección vulvo-vaginal), que se retira á las veinticuatro horas, para sustituirlo por un número más grueso, y así sucesivamente los que sean necesarios (en los casos de mayor estrechez del cuello, me han bastado cuatro). Conseguida la dilatación, hago la primera cura en el momento de retirar el último tallo. Desinfección personal y de la región vulvo-vaginal con la misma escrupulosidad que se haría para la más importante operación quirúrgica, así como de todos los instrumentos que se emplean (una valva posterior y una pinza de ganchos para fijar el cuello); irrigación intrauterina con agua esterilizada caliente por medio de la sonda de Doleris (en las curas siguientes antes de este tiempo se pasan dos dilatadores de Hegar números 9 y 10 para sostener la dilatación conseguida). En seguida arrollo al extremo de una varilla de ballena una capa delgada de algodón hidrófilo esterilizado, como de unos cinco dedos de anchura, capa de algodón que se empapa en la solución de formalina, introduciéndola hasta el fondo del útero y paseándola en todos sentidos, dejándola colocada medio ó un minuto: no es necesario más. Retirada la ballena, se hace un abundante lavado vaginal para arrastrar el líquido, sangre, etc., que sale del útero y se seca la vagina con torundas de algodón. Se vuelve á arrollar á la varilla una nueva capa de algodón en la misma forma que anteriormente, pero esta vez seco, y se introduce nuevamente en el útero para que empape el líquido que haya quedado remansado, sobre todo si hay alguna retrodesviación del útero. Finalmente, se lleva hasta la cavidad una tira de gasa iodofórmica, bien con una pinza ó montándola en la misma ballena, y otra tira para taponar ligeramente la vagina.

A las cuarenta y ocho horas la misma enferma se quita la gasa, para lo que al colocarla se tiene cuidado de que los extremos de ambas tiras vengan á coincidir en la entrada de la vulva, poniéndose desde este momento una irrigación diaria de agua hervida caliente, añadiendo, para cada litro de agua, una cucharada grande de la siguiente solución: ácido tánico, 40 gramos; agua destilada, 240 gramos. Las cuarenta y ocho horas que las enfermas tienen puesta la gasa, deben guardar mucha quietud.

La dilatación es necesaria, no sólo para facilitar el desagüe, y por otros motivos de todos sabidos, sino también porque al hacer el toque intrauterino, un cuello estrechado exprimiría la mecha de algodón empapada con la solución, llegando seca á la cavidad del útero.

Nada he encontrado como la laminaria para dilatar el cuello: es mucho menos molesta para las enfermas que la dilatación gradual con bujías y que otros procedimientos, y más duradera; y haciendo guardar á aquéllas quietud absoluta en cama los días en que se colocan los tallos, no he visto que pase nada. A las enfermas núme-

Digitized by Google

ros 2 y 7 las coloqué tres tallos; á la enferma número 8, cuatro, sin ningún inconveniente.

Además, el tallo de laminaria tiene la ventaja de que cuando por cualquier motivo no se ha podido diagnosticar un proceso anexial, peri-anexial, etc., nos avisa con los trastornos que produce (dolores agudos, vómitos, frecuencia de pulso) que debemos abstenernos de la intervención en proyecto, por sencilla que sea. Fargas dice, en el tomo segundo de su obra, que siempre que se sospeche algo anexial, aunque esté apagado, se tome como piedra de toque la aplicación de laminarias. En la enferma número 4 el proceso inflamatorio del ligamento era muy limitado, y sin manifestación ninguna; esto me animó á emprender en seguida el tratamiento; sin embargo, el tallo fué el centinela avanzado que dió la voz de alarma. La dilatación con la laminaria no debe producir más que pequeñísimas ó ninguna molestia. En caso contrario, nada de paliativos: quitar el tallo y no seguir adelante.

En las enfermas números 1 y 2, que empezaron á curarse con pocos días de diferencia, empleé la formalina al 30 por 100 (solución acuosa) y practiqué la segunda cura al quinto día, observando en ambas, como queda dicho en la historia, dolores agudos y hemorragia bastante copiosa en la primera (no tan abundante, pero más persistente, en la segunda); por eso en todos los demás casos empleé la solución al 20, y hago sólo una cura cada ocho días, no aquejando las enfermas más que una pequeñísima pérdida de sangre al practicar la cura y al retirar la gasa á las cuarenta y ocho horas, y algo de dolor (en otras escozor) durante el toque intrauterino. Creo que haciendo sólo una cura semanal puede emplearse sin inconveniente la solución al 30; pero, como se ve por los resultados, basta al 20.

En la enferma número 3, después de la quinta cura, tuve que recurrir al raspado; pero no debe olvidarse que, además de las lesiones anatómicas propias de la endometritis post-abortum, existía una hiperplasia glandular (el tipo del adenoma); en cambio, la enferma número 10, tratada por el Dr. Sanz Barrio, también en el Instituto, y en la que seguramente no existía más que la congestión uterina producida por la presencia de restos deciduales, se curó perfectamente en siete sesiones.

En la enferma núm. 4, el origen de su endometritis era puerperal, pues aunque en el examen microscópico no se encontrara microbio alguno, es sabido que éstos pueden desaparecer, quedando las lesiones que han determinado; la historia de esta enferma lo confirma. Y respecto á la secreción blanca y sin mal olor, quiero hacer constar que yo nunca he visto en los puerperios fisiológicos las tres clases de loquios que describen algunos autores; sólo he visto loquios sanguíneos todo el tiempo que ha durado la secreción de la

Digitized by Google

matriz. La serosidad blanca abundante indica algo patológico, aunque no vaya acompañada de reacción general. En cuanto al mal olor, podrá, si acaso, ponernos en camino de conocer cuál es el microorganismo causante de la infección; pero su ausencia no excluye ésta, porque puede haberla, y muy grave (estreptocócica), aunque la secreción no huela á nada.

En las enfermas números 5 y 9, la lesión estaba limitada al cuello, puesto que, sin pasar los toques del conducto cervical, se curó la enferma. Como digo al principio de este trabajo, de haber practicado el raspado en este caso, nos hubiéramos encontrado sana la mucosa uterina; cosa que pasará á menudo á los aficionados á la legración, desde el momento en que es mucho más frecuente encontrar lesiones circunscritas al cuello, sin que el cuerpo del útero haya tomado parte, que no lo contrario.

En resumen: los casos que he presentado, y otros que están en tratamiento en el Instituto Rubio, prueban que la mayoría de las endometritis, aun las de forma hiperplásica caracterizada por las hemorragias, son curables sin necesidad de acudir al raspado uterino. Lo mismo puede decirse de las post-abortum, siempre que no haya hiperplasia glandular ó lesiones profundas intersticiales.

Las metritis cervicales, cuando no son de forma hipertrófica muy acentuada ó no hay en el cuello desgarros profundos (en cuyo caso hay que acudir á otros medios que no hay para qué relatar), también son curables.

En las endometritis glandulares hiperplásicas y en las de forma mixta (núm. 6) he tenido que acudir á la legración.

Desde la segunda cura, ó á lo más la tercera, empieza á notarse la mejoría; en general, puede decirse que endometritis que á la cuarta cura no ha empezado á ceder es un candidato al raspado.

LA OPERACIÓN CESÁREA VAGINAL

(KOLPOHYSTEROTOMÍA ANTERIOR DILATADORA)

POR EL DR. CARMELO GIL

Del Instituto Rubio.

La Obstetricia ha emprendido, en los últimos años, un camino marcadamente quirúrgico. Se ve una tendencia á intervenir, á terminar de una manera rápida y segura las complicaciones que se presentan en el curso del embarazo y del parto por medios quirúrgicos. No se quiere ya estar mirando y esperando, en aquellos casos en los cuales, por medio de una intervención operatoria practicada bajo la narcosis, se puede todo dejar en orden. Esta tendencia está

Digitized by Google

bien manifiesta en los medios activos empleados en el tratamiento del aborto, de la eclampsia y de la placenta previa; en las versiones profilácticas en casos de pelvis estrechadas, en el número de operaciones que hoy se practican con objeto de procurar un aumento momentáneo de los diámetros pelvianos, y en el número de operaciones cesáreas que cumplen indicaciones relativas. Pero, sobre todo, donde esta tendencia se ve más claramente es en los nuevos y variados medios puestos en práctica para dilatar artificialmente el cuello uterino.

Sin duda alguna, puede esta obstetricia activa mostrar brillantes resultados y sugestivas estadísticas, y enorgullecerse de haber salvado muchas veces las vidas de la madre y del hijo, que se hubieran perdido siguiendo los antiguos métodos de espectación. Sin embargo, estos medios están reservados para el tocólogo que, en condiciones de establecer indicaciones precisas, se halla preparado al mismo tiempo para practicar con exactitud las intervenciones necesarias. La obstetricia moderna exige conocimientos más especiales que los que por lo común están al alcance del médico práctico. Si faltan la técnica y la experiencia que son precisas para cada intervención, entonces cambian también por completo los resultados que de una terapéutica activa pueden esperarse.

Desde este punto de vista creo yo que es preciso juzgar el valor de muchas de las nuevas intervenciones tocológicas. Lo que para un operador experto, y en una clínica, es seguro y bueno, puede en la práctica particular, y para el médico no especialista, resultar extraordinariamente complicado, difícil y peligroso.

Esto ocurre precisamente con algunos de los nuevos métodos de dilatación del cuello uterino que vienen empleándose en los últimos diez años.

Por la manera de obrar, pueden dividirse los nuevos métodos de dilatación del cuello uterino en tres grupos. El primero comprende aquellos que, como el taponamiento, los balones, etc., producen su efecto, en gran parte por lo menos, merced á las contracciones uterinas que provocan. En el segundo grupo están incluídos aquellos que, sin ayuda de las contracciones del útero y de una manera más brusca, distendiendo los tejidos, intentan producir la dilatación. En este grupo están los dilatadores en forma de bujía y los construídos por diferentes ramas separables entre sí; desde los de Ellinger y Schultze, hasta el de Bossi y sus modificaciones. Estos instrumentos obran atirantando los tejidos, no teniendo lugar ningún trabajo muscular íntimo. Lo mismo en los casos en que la dilatación del cuello es debida á las contracciones uterinas, que en aquellos otros en los que la dilatación se ha producido artificialmente por instrumentos, la diferencia no es grande para los resultados mecánicos del parto;

Digitized by Google

y uno de los principales méritos de Bossi en esta cuestión es el de haber demostrado que, sin necesidad de contar con la acción de las contracciones musculares uterinas, y relativamente en poco tiempo, se puede dilatar lo suficiente el cuello uterino para poder extraer el feto.

El tercer método es el de las incisiones. Incisiones superficiales y profundas en el cuello del útero se han venido practicando desde hace ya tiempo. Las extirpaciones de úteros y la enucleación de miomas por vía vaginal, mediante la sección de la pared de la matriz, han enseñado la posibilidad de poder practicar una *histerotomía vaginal dilatadora* durante el embarazo y durante el trabajo del parto. De aquí nació el método de dilatación de Dührssen: *la operación cesárea vaginal,* como él la llama.

Dado el interés que esta operación ha despertado, sobre todo en Alemania, como demostraron las discusiones á que dió lugar en el último Congreso de Ginecología celebrado en Kiel, me decido á escribir algo sobre ella, ya que he tenido ocasión de verla practicar más de treinta veces al profesor Bumm, de Berlín, á cuya clínica asisto en la actualidad.

Dührssen recomendaba, en su primer trabajo sobre la operación cesárea vaginal, practicar las incisiones en las paredes anterior y posterior del útero; y en publicaciones posteriores hace lo mismo, por considerarlas de utilidad para poder extraer con más facilidad un feto de término. Este método es, según Bumm, aceptable quizás en los casos, por ejemplo, de carcinomas, en que después de extraer el feto se procede á la extirpación del útero; pero en los demás, en donde la incisión no persigue otro fin que el de abrir vía por donde sea factible vaciar el útero de su contenido, lo tiene por sangriento y complicado. El propio Dührssen y otros autores han conseguido, con sólo incisiones en la cara anterior, la extracción de fetos pequeños, pero no para éstos, sino para fetos completamente desarrollados es suficiente. Krönig, en la época del Congreso de Kiel, había operado con resultado catorce veces, incindiendo solamente la cara posterior y abriendo el peritoneo. En la clínica de Bumm, en que se hace de un modo sistemático la incisión exclusivamente en la pared anterior, se han extraído fetos que pesaban más de 3.000 gramos, y uno de ellos 3.950; siendo cinco ó diez minutos el tiempo que media, por regla general, entre el comienzo de la operación y la extracción del feto.

La técnica seguida por Bumm en la *histerotomía vaginal anterior,* como él prefiere llamarla, es la siguiente:

Previa desinfección del campo operatorio con alcohol y sublimado, se separan las paredes vaginales con dos valvas Doyen, que ponen al descubierto el cuello uterino; se coge éste con dos pinzas

Digitized by Google

Musseux, y, tirando de ellas, se le atrae hacia la vulva. En multíparas, en las que la cabeza fetal, aún no encajada, es movible y la vagina amplia, se consigue esto fácilmente, lo mismo que el poner tensa y lisa la pared vaginal anterior. En cambio en las nulíparas, en las que la cabeza fetal ya está encajada, no se deja tan fácilmente atraer el cuello uterino, y queda entre él y la pared anterior de la vagina un profundo surco que dificulta algo la incisión. Para evitar, al hacer tracciones de las pinzas, desgarraduras en el cuello y la hemorragia consiguiente, que siempre dificulta algo la operación, es recomendable colocar aquéllas haciendo buena presa en los ángulos laterales del orificio del cuello. Estando al descubierto y bien tensa la pared vaginal anterior, se practica una incisión en la línea media que, partiendo á unos dos traveses de dedo por debajo del orificio externo de la uretra, se extiende hasta el orificio externo del cuello uterino. Queda con esta incisión seccionada la pared vaginal, y al nivel del orificio externo del cuello uterino se profundiza el corte, en una extensión de dos centímetros, al través de la musculatura hasta el interior del conducto cervical. La hemorragia procedente de venas vaginales es poco intensa. Queda entonces visible la vejiga entre los bordes de la incisión vaginal, y se deja fácilmente despegar de la pared anterior del útero por medio de una gasa. El despegamiento se puede completar con una valva estrecha colocada entre la vejiga y el útero, é inmediatamente se secciona con tijera la pared de éste en la línea media y en toda la extensión en que se encuentra desprendido de la vejiga. Para ello las pinzas que sujetan el cuello se prenden en los bordes de la extremidad superior de la incisión practicada en el mismo, y por este medio se consigue sin dificultad atraer nuevas porciones de él é incindirlas. Se llega así rápidamente hasta el orificio interno, y aparece entonces visible la bolsa de las aguas. Basta repetir una ó dos veces más la misma maniobra para conseguir la abertura suficiente y poder extraer el feto.

La valva que mantiene rechazada la pared vaginal y la vejiga deja bien al descubierto el campo operatorio, facilitando las maniobras.

Cuando se trata de un embarazo no llegado á término y el feto es pequeño, no hace falta prolongar la incisión por encima del orificio interno; si el feto es de término, es necesario practicar un corte que mida de diez á doce centímetros desde el orificio externo hasta su extremidad superior.

Terminada la incisión del útero, se retiran todos los instrumentos, incluso las pinzas que fijaban el cuello, y se procede ya á la extracción del feto. Como la cabeza fetal, estando la bolsa de las aguas intacta, es casi siempre movible, la versión es la operación

Digitized by Google

indicada. La extracción con el forceps, cuando su empleo es preciso, es mucho más difícil y complicada.

La estrecha vagina de las primíparas opone una gran resistencia al paso de la mano que practica la versión y al de la cabeza fetal; por eso en aquellos casos en que las dificultades durante la extracción son grandes la causa no está en el cuello uterino incindido, sino en la vagina y periné. Desgarros completos del periné, y á veces de la vagina, que se extienden desde los fondos de ésta hasta su introito, produciendo grandes hemorragias, son los resultados de estas extracciones forzadas. Es recomendable en estos casos practicar la incisión paravaginal de Schuchardt.

Hemorragias por atonía uterina se presentan con alguna frecuencia. Es de creer que el vaciamiento rápido del útero es la causa de esta atonía en los casos en que antes de la operación no se han presentado contracciones uterinas. Para que tenga lugar una retracción normal es necesario que hayan precedido á la evacuación del útero enérgicas contracciones; si faltan éstas, la retracción de las fibras deja de establecerse y el útero se asemeja á un saco vacío, cuyas paredes sólo se contraerán bajo la acción de enérgicos excitantes.

Las inyecciones de ergotina antes de comenzar la operación disminuyen la tendencia á la atonía. Si ésta se presenta, lo más recomendable es proceder, sín perder tiempo, al taponamiento.

En la mayoría de los casos es suficiente dejar el tapón dentro hasta terminar de suturar el cuello y la pared vaginal, extrayéndolo al finalizar la operación.

Después de expulsada la placenta y, si es preciso, de taponar la cavidad uterina, se procede á la sutura. Por medio de valvas se separan de nuevo las paredes vaginales y se pone el cuello al descubierto. Con pinzas Musseux se coge el cuello, primero en los bordes de la extremidad inferior de la incisión, y poco á poco se las va colocando cada vez más arriba hasta llegar al ángulo superior de la misma.

En éste se comienza la sutura del cuello con catgut, y se termina la operación uniendo los bordes de la incisión de la pared vaginal por medio de una sutura practicada también con catgut, pero continua.

En aquellos casos en que el conducto cervical antes de comenzar la operación estaba cerrado, puede ocurrir después de la sutura que el desagüe de los loquios quede dificultado; y para evitarlo, basta colocar una cánula de cristal fija al cuello por un punto de sutura.

Ningún vendaje especial es necesario, y la operada debe ser tratada y cuidada como una puérpera cualquiera.

De 248 casos de operación cesárea vaginal recogidos por Dührssen, murieron 33 = 13 por 100. Pero esta cifra no representa la mor-

Digitized by Google

talidad de la operación en sí, sino que es resultante de la elevada mortalidad de los estados patológicos en los que se hizo preciso proceder á la evacuación del útero por medio de ella. En 201 casos se practicó la *cesárea vaginal conservadora,* y de estos 201 murieron 28 = 13,9 por 100: 15 de eclampsia y sus complicaciones, uno lesión cardíaca, uno corea del embarazo, cuatro infectadas antes de la operación, uno vólvulus, dos tisis, uno durante la operación (anestesia medular con adrenalina y cocaína), uno pielonefritis, dos infección post-operatoria. En 47 casos se extirpó el útero, después de extraído el feto (*cesárea vaginal radical, Porro vaginal*), 46 veces por carcinoma, una por prolapso del útero grávido ó infección = cinco muertes = 10,6 por 100.

Los riesgos de la operación, como traumatismo, son pequeños. Operando en personas no infectadas y con las precauciones debidas, una primera infección de la herida se puede casi seguramente evitar, y una infección tardía durante el puerperio es muy excepcional. El peritoneo no se abre, por lo que el peligro de infectarlo no existe. El triste resultado observado en mujeres ya infectadas enseña que esta operación, lo mismo que ocurre con la cesárea abdominal, está contraindicada en dichos casos. El peligro de grandes hemorragias al incindir el útero es pequeño si se tiene cuidado de hacer el corte exactamente en la línea media. Excepcionalmente es preciso colocar ligaduras; y después de extraer el feto, la hemostasia es completa, bastando en caso contrario con la sutura que se practica para cohibirla por completo. Un desgarro de la incisión al extraer el feto se evita cuando desde el principio se hace aquélla lo suficientemente extensa.

Tracciones violentas de las pinzas que sujetan el cuello producen con facilidad desgarros de éste, que más tarde dificultan la exacta unión de sus bordes, y dejan como residuo formas defectuosas del cuello y de su orificio.

Aquellos casos cuya observación se ha seguido algún tiempo después de la operación, demuestran que ésta no da lugar á alteraciones anatómicas ni funcionales dignas de mención.

En casos en que la mujer ha quedado nuevamente embarazada, el embarazo y el parto no han sido para nada influídos por la operación practicada anteriormente (Dührssen, Wennerström, Jerie, Bardeleben).

Dührssen establece las indicaciones de la operación cesárea vaginal en la siguiente forma:

1. Estados patológicos del cuello y del segmento inferior del útero, que hacen muy difícil ó imposible su dilatación por los solos esfuerzos de la contracción uterina (carcinoma, mioma, rigidez, estenosis), etc.

Digitized by Google

Digitized by Google

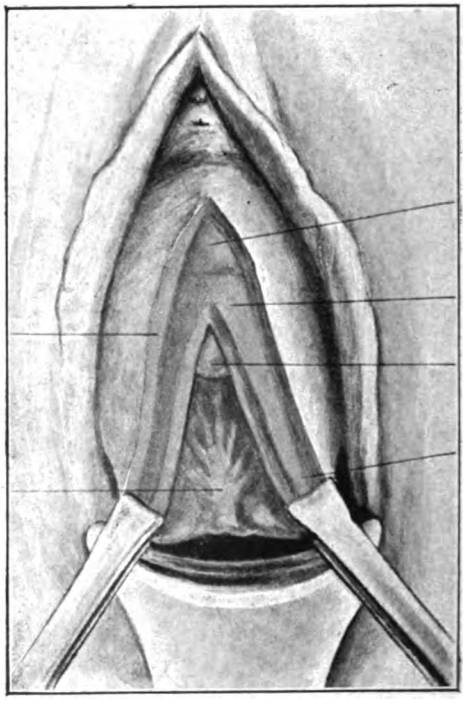


FIG. 1.ª

Operación cesárea vaginal (histerotomía vaginal anterior dilatadora).

(Figura tomada de la obra de Bumm, *Grundriss zum Studium der Geburtshilfe*, algo modificada.)

Digitized by Google

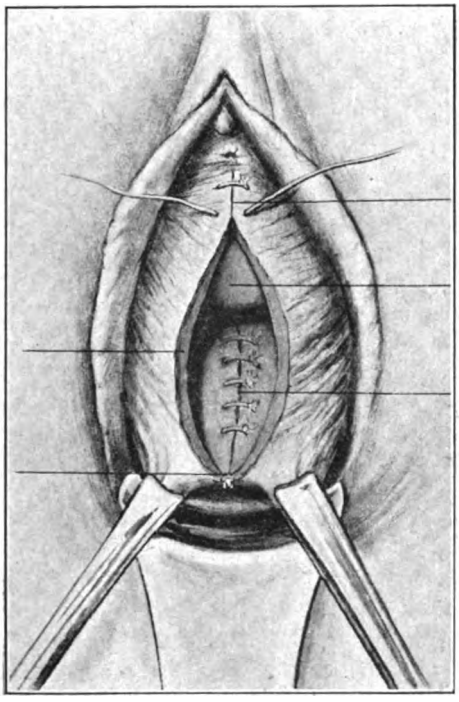


FIG. 2.ª

Operación cesárea vaginal (histerotomía vaginal anterior dilatadora).

(Figura tomada de la obra de Bumm, *Grundriss zum Studium der Geburtshilfe*, algo modificada.)

Digitized by Google

Digitized by Google

2. Enfermedades ó estados patológicos que pongan en peligro la vida de la madre, y que por el rápido vaciamiento del útero puede desaparecer ó disminuir aquél (enfermedades del pulmón, cardíacas, renales, desprendimiento de la placenta antes de tiempo), etc.

3. En aquellos casos en que la vida de la madre está perdida (operación cesárea vaginal en la agónica y en la muerta).

4. El que se encuentre en peligro la vida del feto, sin que al mismo tiempo esté comprometida la de la madre.

Claro es que las indicaciones 2.ª, 3.ª y 4.ª son en los casos en que el cuello esté cerrado, ó que, como sucede en enfermas cardíacas ó del pulmón, debe evitarse todo trabajo de parto en interés de la madre.

Además de los casos de eclampsia y carcinoma, la operación cesárea vaginal ha sido ya practicada llenando indicaciones especiales; por ejemplo:

Richard Braun v. Fernwald.—Estenosis cérvico-vaginal consecutivas á tifus.

Spinelli y *Ehrendorfer.*—Vómitos incoercibles en casos de degeneración fibrosa y rigidez del cuello.

Simons, Baccus y *Bumm.*—Estenosis cicatriciales consecutivas á amputaciones del cuello por prolapso y á vaporización (Bumm).

Ungard.—Lesión cardíaca y estenosis cicatricial del cuello (resultante de una operación).

Rühl y *Simon.*—Rigidez del cuello que dió lugar á contracciones tetánicas del útero.

Döderlein.—Alargamiento del cuello y sepsis.

Bumm.—Aborto criminal (sepsis).

Idem.—Lesiones cardíacas, nefritis, tisis pulmonar y vólvulus.

Idem.—Prolapso del cordón umbilical.

Dührssen.—Acodamiento de un uréter y estrechez cicatricial del orificio interno.

Idem.—Estenosis mitral (moribunda).

Idem.—Enorme distensión del segmento inferior del útero; causa, estrechez pelviana y feto grande.

Regnoli.—Edema muy doloroso del cuello y fiebre (¿aborto criminal?).

Idem.—Dilatación saciforme de la pared anterior del útero, consecutiva á la implantación de un orificio artificial en la pared anterior (por oclusión del cuello, resultante de un parto distócico).

Bumm y *Everke.*—Corea del embarazo.

Proubasta.—Fiebre séptica.

Wennerström.—Retroversión del útero grávido-encarcelado.

Rühl.—Peritonitis circunscrita y peligro inminente de rotura de la flexura sigmoidea adherente al fondo del útero.

Digitized by Google

Una de las indicaciones más importantes y á la vez más frecuentes de la operación cesárea vaginal está en la eclampsia, que se presenta durante el embarazo ó muy al comienzo del parto, cuando el cuello está aún cerrado ó muy poco dilatado.

El hecho de ser el mejor tratamiento contra esta temible complicación la inmediata extracción del feto, y tan rápidamente como sea posible, hace que este método de dilatación tenga un papel muy importante en la terapéutica de dicha intoxicación.

Veit, en 33 casos de eclampsia, en los que empleó como medio de dilatación del conducto cervical la operación cesárea vaginal, tuvo un caso de muerte (pneumonía) = 3 por 100. Pero en ninguna estadística que yo conozca aparece tan demostrativa la diferencia de resultados entre el método espectante y el de inmediata evacuación del útero, como en la formada con los casos de la práctica de Bumm.

ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD EN LA ECLAMPSIA.—*Bumm.*

I.—Método de espectación.		II.—Inmediata evacuación del útero.		
47 casos = 15 †	43 = 13 †	25 = 2 †	104 = 3 †	79 = 1 †
Hasta 1895 (Wurzburg, Basel) 30 por 100.	1895-1900 (Basel) 30 por 100.	Abril 1901 (Halle) 8 por 100.	Abril 1901 á hoy (Halle-Berlín) 2,8 por 100.	Abril 1904 á hoy (Berlín) 1,8 por 100.

Después de estos resultados, no es extraño que en esta clínica sea indicación formal para extraer el feto sin pérdida de tiempo y por el método más rápido el que aparezca el primer ataque de eclampsia.

En los casos en que el conducto cervical está intacto, se emplea como medio de dilatación la histerotomía anterior.

Bumm lo ha empleado en cardíacas con resultados muy satisfactorios.

Todos los casos operados por él resistieron bien, tanto la narcosis como la operación, y precisamente es en estos casos en los que por medio de este método pueden evitarse mejor los peligros que lleva consigo el trabajo y dolores del parto.

Respecto á su empleo en el tratamiento de la placenta previa, opina Bumm (quien la ha practicado ya varias veces) que en los casos en que la mujer al comienzo del parto ha perdido mucha sangre se puede por la histerotomía vaginal salvarle la vida. En todo caso representa un menor traumatismo que la operación cesárea abdominal, y con ella se tiene mayor seguridad de cohibir la hemorragia que con los demás métodos de dilatación conocidos.

Si el feto vive, son mayores también las probabilidades de poder

Digitized by Google

salvarle que las que se tienen practicando la versión combinada, en la que es preciso no extraer el feto hasta que se complete la dilatación, si no se quiere correr el peligro de producir nuevas hemorragias, á veces mortales, por desgarramientos del cuello.

Haciendo un juicio resumen sobre este nuevo método de dilatación, se puede decir: *En casos de pelvis normales ó de pelvis cuyo diámetro conjugado no es menor de 7-8 cm., en cualquiera época del embarazo ó período del parto, es decir, sin que hayan precedido contracciones uterinas y estando el cuello intacto y el conducto cervical cerrado, se puede vaciar el útero de su contenido en el espacio de pocos minutos por medio de la operación cesárea vaginal, consiguiendo un niño vivo, caso que lo esté y sea de tiempo.*

La operación cesárea vaginal es una operación tocológica de importancia tal, que podemos muy bien ponerla al lado de la operación cesárea clásica, del forceps y de la versión podálica.

Aunque su técnica no es complicada, sin embargo requiere de parte del operador cierto hábito en la cirugía ginecológica y número suficiente de asistentes. Por esto es una operación que no puede ser recomendada al médico práctico. Quizá el método de Bossi lo pueda ser más, aunque el manejo del dilatador tampoco es tan sencillo, y sobre todo puede ser peligroso. Hoy por hoy, creo yo que en los casos en que la terminación rápida del parto está indicada y el cuello no está lo suficientemente dilatado, la versión podálica combinada y la dilatación con la extremidad extraída es el método más recomendable para el médico no especialista.

En este caso sólo se interviene con la mano, es difícil producir grandes traumatismos, y la técnica necesaria para practicarla no exige conocimientos superiores á los que á todo médico que asiste á un parto se le deben exigir.

Berlín, Abril de 1906.

BIBLIOGRAFÍA

Acconci.—Riv. de Ostetr. Oktober 1896.

Idem.—Arch. ital. di gin. 1898. Nr. 5, pág. 491.

Idem.—Der vaginale Kaiserschnitt. Beitrag zur Therapie des operierbaren carcinoma. Fösen schwangeren Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1899. Bd. IX. S. 323.

D'Alessandro.—Il Taglio cesareo vaginale. Arch. it. di gin. 1900. Nr. 5.

Althertum.—Centralbl. f. Gyn. 1897.

Amann.—Monat. f. Geb. u. Gyn. Bd. 22. H. 1. S. 166.

Baccus.—Amer. Journ. of obst. 1903. Juli.

V. Bardeleben.—Centralbl. f. Gyn. 1904. Nr. 46.

Digitized by Google

Baumm.—Verh. d. D. Ges. f. Gyn. 1899.

Braum v. Fernwandl.—Wiener med. Wochenschr. 1898. Nr. 28.

Bumm.—Zur Technik und Anwendung des Vag. Kaiserschnittes. Centralbl. f. Gyn. 1902.

Idem.—Münchener med. Wochenschr. 1903. Nr. 21.

Idem.—Über die Methoden der Künstlichen Erweiterung des Schwangeren und Kreissenden Uterus-Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gy. zu kiel. 1905.

Donadoni.—Arch. ital. di ginecologia. 28 Febr. 1899. Nr. 1.

Dührssen.—Ueber vaginalen Kaiserchnitt Samml. Klin. Vorträge. N. F. Nr. 232.

Idem.—Kaiserschnitt, tiefe Cervixincisionen und mechanische Dilatacion des Muttermundes. Berli. Klin. Woch. Bd. XXX. 1893. S. 643, 676.

Idem.—Ueber den Werth d. tiefen cervix. u. Scheidendamm. Einschnitte i. d. Geburtshülfe. Archiv f. Gy. 44.

Idem.—Ein neuer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie, nebst Bemerkungen über die Behandlung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. LXI. H. 3. 1901.

Idem.—Über chirurgische Fortschritte in der Geburtshülfe. Samml. Klin. Vortr. Nr. 160. N. F. 1896.

Idem.—Der vaginale Kaiserschnitt, 1896.

Idem.—Der vaginale Kaiserschnitt. Monatsschrift. f. Geburtsh. u. Gyn. 1898. Bd. IX. S. 333.

Idem.—Encyklopädie der Geb. u. Gi. Sänger und V. Herff. 1900.

Idem.—Der Vaginale Kaiserschnitt. v. Winkel. Handbuch der Geburtshülfe. III. Bd. 1. Teil.

Ehrendorfer.—Centralbl. f. Gy. 1903. Nr. 16.

Everke.—Monatsschr. f. Geb. Bd. XX. Ergänzungsheft. S. 891.

Fehling-Reeb.—Deuts. med. Wochenschr. 1904. Nr. 5. S. 190.

v. Franqué.—Prager med. Wochenschr. 1903. Nr. 21 und 22.

Frank.—Monatsschr. f. Geb. Bd. XV. S. 232.

Idem.—Wiener med. Wochenschr. 1901. N. 12.

Friedemann.—Monatsschr. f. Geb. Bd. XVIII. H. 4. S. 634.

Grors.—Über vaginalen Kaiserschnitt bei Carcinoma portionis im 5. schwangerschafsmonat. Inaug. Dissert Kiel. 1900. Mai.

Hammerschlag.—Vaginaler kaisersnitt bei Eklampsie. Centralbl. f. Gyn. 1904. Nr. 36.

Hegar.—Centr. f. Gyn. 1897. Nr. 27.

Henry D. Fry.—Vaginal caesarean section. Its indications, advantages, and technique. Surgery Gynecology and Obstetrics. 1905. Nr. 1. Chicago, pág. 58.

Hofmeier.—Über Folgen der tiefen Cervixeinschnitte bei der Geburt. Munchener med. Wochenschr. 1904. Nr. 3.

Digitized by Google

Jacobson.—Monat. f. Geb. u. Gy. Bd. 21. H. 6.
Jahrreis.—Centralbl. f. Gy. 1902. Nr. 35.
Jerie.—Centralbl. f. Gy. 1905. Nr. 7.
Jordan.—Centralbl. f. Gy. 1900. Nr. 2.
Kallmorgen.—Centralb. f. Gy. 1902. Nr. 48.
Kamann.—Monatsbl. f. Geb. Bd. XX. H. 4. S. 1041.
Kerz.—Monatsschrift. f. Geb. u. Gy. Bd. 19. H. 5.
Kötschau.—Cent. f. Gyn. 1899. N. 42. S. 1287.
Krönig.—Centralbl. f. Gy. 1904. Nr. 39.
Kouwer.—Centralbl. f. Gy. 1900. 19.
Leopold.—Verh. d. Gynäkologenkongr. zukiel 1905.
Martin.—Sectio caesarea, Artikel in der Encyklopädie der gesamten Chirurgie vonkocher und de Quervain. 1903.
Merttens.—Monatsschr. f. Ge u. Gy. 1901. Bd. XII. H. 5. S. 645.
Michelini.—Arch. it. di gin. 1898. Nr. 4.
Montuoro.—Estudio comparativo fra il taglio cesareo ed il parto forzato in rapporto alle loro indicazioni; Tesi di libera docenza. Genua 1904.
Nagel.—Zeitsch. f. Geb. u. Gy. Bd. 53. H. 3. S. 579.
Olshausen.—Vaginaler Kaiserschnitt bei Cervixcarcinom. Geb. Gesellsch. Berlin. Centralbl. f. Gyn. 1899. Nr. 19. S. 27.
Idem.—Z. f. Geb. Bd. 41. II. 2. S. 311. n. 350.
Orthmann. — Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft; nebs Beitrag zur Lehre vom vaginalen Kaiserschnitt. Monatssch. f. Geb. u. Gy. Bd. XVIII. H. 5.
Ostreil.—Deutsch. med. Woch. 1904. Nr. 50. S. 1862.
Petersen.—Monatssch. f. Geb. u. Gy. Bd. 19. H. 3.
Proubasta.—Revista de Med. y Cirugía. 1902. N. 11.
Regnoil.—Atti d. soc. ital. di ost. é ginec. 1900.
Idem.—Centralbl. f. Gy. 1902. Nr. 46. S. 1238.
Rosenfeld.—Wratsch. 1903. Nr. 29.
Rühl.—Centralbl. f. Gy. 1901. Nr. 47.
Idem.—Idem id. id. 1903. Nr. 34.
Idem.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX. Ergänzungsheft.
Saft.—Deuts. med. Wochen. 1903. Nr. 30.
Sarwey.—Beitr. zur Geb. u. Gy. Bd. II. H. 2. 1899.
Schauta.—Sectio caesarea vaginalis. Zeitschrift für. Heilk. 1898. April.
Schwarzwäller.—Berl. klin. Woch. 1905. Nr. 10. S. 278.
Simon.—Münch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 21.
Solowij.—Przeglad lekarski 1900. Nr. 1-4.
Stamm.—Amer. Journ. of. obst. 1903. Nr. 5.
Stoekel.—Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 11.

Digitized by Google

Strassmann.—Vaginaler kaiserschnitt. Berli. med. Gesellsch. 1899. 18. I.
Idem.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 60. H. 2. S. 370.
Thorn.—Münchener med. Wochenschr. 1900. Nr. 46. S. 1609.
Toth.—Central. f. Gy. 1904. Nr. 24.
V. Ungaro.—Rassegna d'ost. é gin. 1901. Nr. 4. n. 6.
Wanner.—Centralbl. f. Gy. 1904. Nr. 45.
Wennerström.—Idem íd. íd. 1903. Nr. 10.
Wertheim.—V. Winckel. Handbuch der Geburtshülfe. 2. Bd. I. Teil. S. 482.
Westphal.—Centralbl. f. Gy. 1903. Nr. 46.
Winter-Hense.—Zeitschr. f. Geb. u. Gy. Bd. 46. H. 1. S. 80.
Winter.—Verch. d. Deutsch. Ges. f. Gy. zu. Leipzig. 1897.
Winter u. Hammerschlag.—Centralbl. f. Gy. 1904. Nr. 36.
Wormser.—Deutsche med. Woch. 1905. Nr. 7.
Zweifel-Glockner.—Hegar'sche Beiträge. Bd. 6. H. 2. S. 215.

Berlin, 28 Marzo 1906.

CÁLCULO PULMONAR (1)

POR EL DR. CALATRAVEÑO

Siendo sumamente raros los enfermos de cálculos del pulmón, escaseando la literatura médica de historias clínicas referentes á los mismos, creo de algún interés comunicar uno por mí observado, al cual acompañan diversas circunstancias que le hacen digno de fijar la atención de los médicos prácticos.

En el mes de Abril de 1901 fuí solicitado para prestar mi asistencia médica á una señora de treinta y un años, soltera, que *toda su vida había disfrutado de excelente salud, hasta el punto de no haber sentido la más pequeña molestia*, salvo ligeras neuralgias ováricas algunos meses al iniciarse el período menstrual.

En los antecedentes de familia sólo pude recoger como dato interesante la muerte de una hermana á consecuencia de una tuberculosis pulmonar, y la del padre después de repetidos ataques asmáticos; la demás familia ha gozado siempre de buena salud.

Interrogada acerca de las causas que hubieran podido determinar la enfermedad actual, me manifestó la paciente que, en su concepto, fué debida á haber tomado un baño fresco encontrándose

(1) Comunicación hecha á la Real Academia de Medicina de Madrid por el Dr. Calatraveño, Académico corresponsal.

Digitized by Google

muy sofocada; á los pocos días de haber cometido esta imprudencia, comenzó á sentir tos, opresión de pecho, y algunos ataques de disnea; la temperatura, que desde los primeros momentos experimentó notable elevación, se sostenía á 40° con ligeras remisiones matinales, generalmente á la madrugada, precedidas de un abundante sudor localizado casi siempre en la parte superior del tronco; á este estado acompañaba tristeza constante y absoluta repugnancia para toda clase de alimentos.

La enferma, que, según confesión propia y de sus allegados, era bastante gruesa, ofrecía en los momentos de mi observación el aspecto de un verdadero esqueleto; y se comprende, dado su falta de apetito, la alta fiebre y el sudor copioso que todas las noches bañaba su cuerpo.

El padecimiento databa de seis meses cuando se sometió á mis cuidados; y por el aspecto exterior, examen detenido del aparato respiratorio, cuyos signos de auscultación y percusión alejaban toda duda, y, sobre todo, por el análisis de los esputos purulentos, hecho dos veces, acusando en ambas gran cantidad de bacilos de Koch, no era muy difícil diagnosticar una tuberculosis pulmonar en período supurativo, de fatal pronóstico; pues dadas las escasas energías de la paciente, no podría hacerse esperar mucho un desenlace funesto.

Confieso que mostré gran disgusto al encargarme de la enferma, convencido de lo poco que podría hacer para librarla de la muerte; pero ante sus reiteradas instancias, no tuve más remedio que tomar aquel *caso* tal y como se me presentaba.

Comencé por suprimir toda la serie de parches, específicos, inyecciones, etc., etc., que habían ordenado otros profesores durante los seis meses que llevaba de padecimiento la doliente; establecí un riguroso plan higiénico, ordenándola cada ocho días un baño general templado, con lo cual se suprimió casi por completo el sudor; la dispuse un régimen de sobrealimentación, teniendo sumo cuidado de no exagerar la nota, y vigilando concienzudamente el estado de su aparato digestivo; disponiendo el histógeno y el arrhenal como únicos medicamentos. Como al mes de este plan hubiera recobrado algunas fuerzas y se sintiera algo más animosa, le hice salir en coche, y que permaneciera en el campo dos y tres horas, con los cuidados higiénicos consiguientes, teniendo la satisfacción de que á cada semana que iba transcurriendo se fuera acentuando la mejoría; entonces la hice cada quince ó veinte días aplicación de 50 á 100 botones de fuego, con los que se alivió mucho la tos, desapareció la disnea y aumentó algo el apetito.

Encontrándose la enferma bastante mejorada, aconsejé á la familia la llevase durante un mes al balneario de Panticosa; en aquel

Digitized by Google

establecimiento estuvo sometida á los excelentes cuidados del ilustradísimo médico-director Dr. Gurrucharri, quien la puso también durante su estancia buen número de botones de fuego, y la aconsejó siguiese el mismo plan higiénico y farmacológico por mí prescrito. Volvió de Panticosa en primeros de Septiembre, en estado bastante satisfactorio; pero la auscultación, que acusaba la presencia de cavernas en el pulmón izquierdo, los esputos purulentos y plagados de bacilos de Koch, quitaban toda esperanza de curación definitiva.

Así transcurrieron los meses de Septiembre á Diciembre de 1901, y los de 1902 hasta Agosto, en que volvió á Panticosa, regresando bastante bien: el apetito iba en aumento; la disnea y los sudores eran sumamente raros; la expectoración, escasa, menos purulenta y con pocos bacilos; sólo la tos molestaba á la enferma, que únicamente encontraba alivio con la heroína, que le prescribí á dosis moderada (de uno á dos centigramos en las veinticuatro horas).

El plan, por lo demás, continuaba siendo el mismo; la permanencia en el campo, más prolongada; el apetito iba en aumento; y á la leche, los huevos y los jugos de carnes pudo añadirse, para complacer á la doliente, algún pescado y pequeños trozos de excelente carne de vaca, algún pollo, etc.

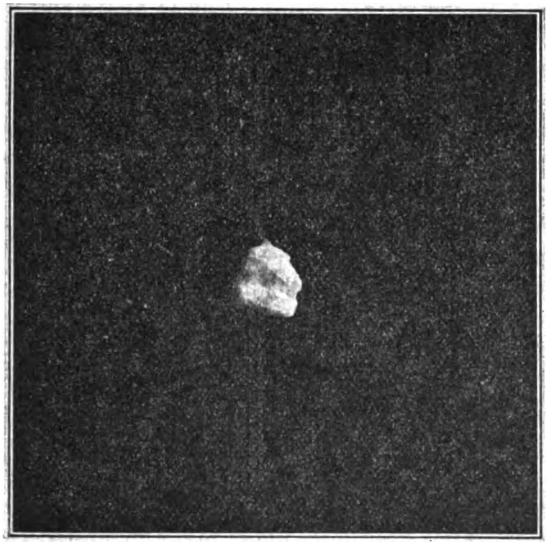
Nada de particular ocurrió hasta el día 15 del mes de Junio de 1903, en que una mañana fuí llamado con mucha urgencia, pues, según me dijeron en la casa cuando llegué, la enferma había tenido un fuerte ataque de tos, *que creyó la ahogaba; al final de aquél, arrojó un esputo grande, espeso, que al caer en la escupidera produjo como un ruido metálico; examinado por la madre y hermana de la enferma, me dijeron habían encontrado en medio de la mucosidad un pequeño objeto como terroso, que se deshizo al tocarlo con los dedos.*

Mucho me sorprendió cuanto me acababa de referir la familia, y más cuando me manifestaron que *seis ó siete* días antes había arrojado un cuerpo semejante, mezclado también con otro esputo. Sospeché al punto si se trataría de un caso de *litiasis pulmonar*, y ordené se me guardaran los esputos que arrojara conteniendo cuerpos análogos; no se hicieron esperar mucho. El día 31 del mismo mes, y tras un violento golpe de tos que alarmó sobremanera á cuantos se hallaban presentes, arrojó el cálculo que motiva este estudio, y que puede verse en el adjunto grabado: al tacto es de consistencia dura, siendo su tamaño el de un guisante, de color amarillento, ofreciendo rugosidades en la superficie y con un peso de 180 miligramos; su dureza indica que su composición es calcárea, no habiéndose practicado el análisis químico para no destruirle.

A partir del momento de la expulsión de este último cálculo, el

Digitized by Google

estado de la paciente fué empeorando cada vez más; animada, no obstante, por el alivio obtenido en Panticosa, acudió por tercera vez al establecimiento, regresando algo más repuesta, pero sufriendo al poco tiempo notable agravación. Los meses comprendidos entre Septiembre de 1903 y Febrero de 1904 fueron terribles para la pobre



enferma, que volvió otra vez á la situación precaria en que la encontré en la primera época que la presté mis cuidados médicos: el sudor era cada vez más profuso, y la tos continua, sin que bastasen para moderarla los calmantes más enérgicos; los ataques de disnea se provocaban al más ligero esfuerzo; el aspecto de la enferma era casi esquelético. En situación tan crítica, un escalofrío seguido de una brusca elevación de temperatura, acompañada de dolor pungitivo en el lado izquierdo del tórax, me pusieron en guardia; pudiendo apreciar la aparición de una pleuresía con derrame, que, aumentando rápidamente de volumen, y habiéndose negado la enferma á ser operada—en lo cual yo tampoco insistí mucho,—concluyó con su vida en los primeros días de Marzo.

Como antes manifesté, me parece este caso digno de fijar la atención y de que le dediquemos algunas consideraciones. En primer término, es de notar la falta de antecedentes patológicos de la enferma, que durante toda su vida acusó la más perfecta salud hasta el momento en que comenzó la actual dolencia: nada de manifestaciones escrofulosas en la infancia, ni catarros ni gripe padecidos anteriormente; merece, sin embargo, fijar la atención la herencia

Digitized by Google

asmática del padre, muerto á los cincuenta años, y el haber sucumbido una hermana, de tuberculosis, á los veinticuatro.

No deja de ser curiosa la causa ocasional del padecimiento que, con la predisponente de la herencia, dió por resultado tan grave trastorno en su economía sólo por el uso intempestivo del baño fresco; viniendo esto á confirmar una vez más nuestras ideas respecto á la importancia del terreno orgánico en la aparición y desarrollo de la tuberculosis. También merece fijar la atención la relativa y rápida mejoría que experimentó la enferma, á pesar de la extrema gravedad en que llegó á nuestras manos, alivio conseguido tan sólo con la sobrealimentación racional y bien entendida, el reposo y la cura al aire libre, única trinidad eficaz en el tratamiento de la tuberculosis, que puede ver reforzada su acción bienhechora con la revulsión á las paredes del tórax llevada á cabo, no por medio de parches, cantáridas, etc., sino con el termo-cauterio, que sólo ventajas puede proporcionarnos; por último, la expulsión de los tres cálculos en poco tiempo, dos de naturaleza blanda y el tercero duro y de tamaño bastante considerable; y, finalmente, la agravación considerable que experimentó la doliente desde la expulsión de estos cuerpos extraños, gravedad que fué en rápido aumento hasta hacerle perder la vida.

Un hecho digno de notarse en esta enferma fué la alteración profunda que sufrió en encías y dientes durante los seis últimos meses de su vida, alteración que correspondía en un todo á la *estomatitis de la tuberculosis*, tan bien descrita por el Dr. Georges Petit, y que á menudo ha sido confundida con las diversas ulceraciones bucales tuberculosas. La estomatitis de los tísicos debe considerarse, según el autor citado, como una entidad morbosa particular: sus principales síntomas son de una enfermedad infecciosa, y termina casi siempre por ulceraciones; coincide por lo regular con la tuberculosis intestinal ó pulmonar, pero no con la ósea; su diagnóstico es sumamente difícil, pues sus síntomas se parecen á los de la estomatitis aftosa. Es muy importante diferenciar esas dos afecciones; para ello se apoyará el diagnóstico en el examen general del sujeto por una parte, y en la ausencia de la epidemia por otra. La estomatitis de los tuberculosos coincide con una modificación pulmonar, en general de agravación, ó simplemente con una reacción febril exagerada; otras veces aparece sin causa, pero es indicio de mal pronóstico el verla aparecer en los febricitantes, cuya temperatura no presenta más que la defervescencia matinal. La adenitis cervical es constante, persiste algunas semanas después de la curación y puede llegar á supurar. La duración de la estomatitis de los tuberculosos es de dos semanas; pero si se interviene desde el principio, el enfermo puede curar en algunos días.

Digitized by Google

Todo lo señalado por el Dr. Petit pudo observarse en la paciente que nos viene ocupando, y se verá confirmado fijándose en el curso de su dolencia, que hemos expuesto á grandes rasgos; en nuestra enferma, lejos de curar, á pesar del tratamiento empleado, deshizo materialmente todos los dientes, convirtiéndolos en pequeños fragmentos negruzcos y frágiles. ¿Podrá tratarse en estos casos de un proceso general de decalcificación del organismo y ser á este proceso de desasimilación debida la presencia de los cálculos de que nos venimos ocupando?

Difícil es el diagnóstico de la litiasis pulmonar, por no decir imposible, hasta que la presencia del cálculo en un esputo nos pone de manifiesto la enfermedad, á pesar de los optimismos de los que aseguran que con el examen de los cálculos colocados en el interior del organismo, por medio de los rayos X, pueden obtenerse resultados excelentes; Senmand, en su tesis basada en algunas observaciones y experimentos personales, afirma que será posible con este nuevo medio perfeccionado obtener buenos diagnósticos.

La radiografía, aparte del diagnóstico clínico, es de la mayor utilidad para el químico, pues le permite, mediante breve examen, ver la homogeneidad de un cálculo ó la pluralidad de las sustancias que entran en su composición; gracias á los rayos Röntgen puede el químico, comparando entre sí las sombras de ciertos cálculos, estudiar sus diferencias ó analogías y determinar su naturaleza.

Los experimentos de Senmand en este sentido no son más que confirmación de los resultados obtenidos anteriormente por Buguet y Gascant; permiten establecer una escala de resistencia á los rayos X de los diversos cálculos, en la siguiente progresión: cálculos formados de sales de cal, oxalatos, carbonatos y fosfatos amoníaco-magnésicos; cálculos de ácido úrico, de uratos y de colesterina.

De aquí resulta que la imagen obtenida por este medio permite juzgar de la naturaleza del cálculo examinado.

En los cálculos pulmonares no se ha conseguido gran cosa; sólo en un caso de cálculo renal se pudo fijar la situación del mismo por medio de los rayos X, comprobando después la operación la exactitud de los datos proporcionados por el examen radioscópico.

Escasos son los escritos referentes á litiasis pulmonar que pueden hallarse en las enciclopedias y autores más acreditados; ni Ziemssem ni Eulemburg se ocupan en sus magníficos tratados de asunto tan interesante; solamente en la tesis de Polaillon se encuentran reunidos muchos casos, viniendo á ser este trabajo fuente de origen á la cual acuden cuantos se han ocupado en esta materia.

Muszkat, de Breslau, publica en el *Berliner Klinische Wochenschrift* el caso de un enfermo que durante cuarenta y cuatro años estuvo padeciendo de fiebre acompañada de disnea y expectoración

Digitized by Google

sanguinolenta; y al expulsar en un acceso de tos muy fuerte una concreción de naturaleza calcárea, del tamaño de un guisante, se sintió mejor, desapareciendo su estado morboso.

En *La Enciclopedia*, periódico de la Habana, refiere el Sr. Oluague y Meyol el siguiente caso: en Octubre de 1886 llevaron al necrocomio municipal el cadáver de un hombre de veintisiete años de edad, soltero, robusto y natural de Madrid, que presentaba en la parte anterior, superior é izquierda del pecho una herida causada por el proyectil de un arma de fuego.

Abierta la cavidad torácica por los Dres. Otero y Ecay para practicar la autopsia con el fin de encontrar el proyectil, hallaron en el pulmón izquierdo y en su lóbulo superior un cuerpo extraño, duro, que en el primer momento creyeron sería la bala; pero con sorpresa vieron al extraerlo que se trataba de una concreción rodeada de una membrana quística, un verdadero cálculo pulmonar.

Su forma era ovoídea; su diámetro mayor medía dos centímetros, y el menor uno; pesaba gramo y medio, y estaba formado de carbonato y de fosfato de cal; el estado de los pulmones de aquel cadáver era completamente normal, no ofreciendo vestigios de enfermedad presente ni pasada que pudieran explicar la presencia del cálculo.

A propósito de este hecho, refiere el mismo articulista que el Dr. Sabucedo, inspector del servicio sanitario, había visto ocho meses antes á una señora de veinticuatro años, casada, bien constituída, que después de dos años de padecimientos torácicos arrojó en un acceso de tos un cálculo de naturaleza granítica y como del tamaño de un guisante.

También el Dr. Montane refiere otro caso de cálculo de las vías respiratorias, expulsado felizmente.

El Dr. J. B. Robert, farmacéutico de la Marina francesa, ha dado á conocer la siguiente historia de cálculo bronquial.

Se trataba de una señora de veintiocho años de edad, que hacia tiempo venía padeciendo bronquitis aguda con numerosos accesos de tos; uno de éstos duró más que de ordinario, provocó algunos esputos de sangre, y no cesó sino en el momento en que la enferma expulsó, después de un violento esfuerzo de espiración, un cuerpo duro y pétreo. Su médico, el Dr. Juvenal, presenció la salida del cálculo, anunciada por la cliente, pues que ya en otras dos ocasiones le había ocurrido lo propio. No hay, pues, duda de que procedía del aparato respiratorio.

El cálculo tenía forma irregular; estaba compuesto de dos masas de desigual volumen, reunidas por una parte estrechada. Una de estas masas afectaba la forma de un esferoide de revolución, y la otra, más voluminosa, se parecía á un elipsoide; el esferoide esta-

Digitized by Google

ba aplicado contra el elipsoide á pequeña distancia de uno de sus vértices, y se encontraba atravesado, siguiendo su diámetro, por un conducto de cerca de un milímetro de ancho. El volumen total era de una judía pequeña, y el peso era exactamente 129 miligramos.

Ofrecía un color amarillento en la superficie y blanco en el interior, de consistencia tan dura que difícilmente pudo cortarlo un cuchillo. Un corte hecho transversalmente reveló que su textura compacta, muy grande por fuera, disminuía hacia las partes centrales. No tenía núcleo. Pulverizado y analizado el cálculo, dió el siguiente resultado:

Agua	0,0036	gramos.
Materias solubles en el agua hirviendo	0,0008	»
Materias solubles en el éter	0,0002	»
Cal en estado de combinación neutra	0,0451	»
Acido fosfórico tribásico	0,0135	»
Acido carbónico	0,0289	»

Hierro y magnesia, vestigios no dosificables.

Las materias solubles en el agua estaban constituídas por pequeños vestigios de cloruros alcalinos con un poco de moco concreto arrastrado por el agua hirviendo. Las materias solubles y el éter, desecadas en un vidrio de reloj y examinadas al microscopio, pusieron de manifiesto glóbulos grasientos y numerosos cristales análogos á los que se encuentra en el examen microscópico de algunos esputos bronquiales; muchos de ellos se parecían á los cristales de tirosina.

Tenía hierro; pero los vestigios sensibles que se encontraron procedían probablemente de la sangre desecada que existía en la superficie del cálculo.

La cal y la magnesia estaban combinadas con los ácidos fosfórico y carbónico en el estado de combinaciones neutras (fosfato tribásico y carbonato de cal).

El Sr. Robert no pudo procurarse esputos de la enferma y, por tanto, averiguar si contenían bacilos de Koch.

Según Portal, los cálculos pulmonares son pequeños cuerpos duros y desiguales, de forma irregularmente esférica y semejantes á las arenillas, de color gris ó rojizo, que blanquean al contacto del aire. Se les expele con la tos, algunas veces también en estado de salud, pero las más durante un acceso asmático, ó en el curso de una especie de tisis, cuya característica constituyen estos cálculos.

Los cálculos pulmonares se forman en las areolas del tejido interlobular; se han encontrado pulmones atestados de ellos. Otras veces, según observación de Burns, están contenidos en quistes nacidos en medio del parénquima de este órgano. Lobstein pudo com-

Digitized by Google

probar la observación, ya hecha por varios autores, de que en las personas jorobadas, cuyos pulmones están empujados en el ángulo entrante que forma la columna vertebral, se encuentran concreciones en gran cantidad. El análisis químico ha demostrado que los cálculos de que se trata están compuestos de fosfato y carbonato de cal, algunas veces también de fosfato amoníaco-magnésico (según los experimentos de Williams Henry) y, finalmente, de sustancia animal. Esta, según los análisis de Prout *(Lond. med. report.)*, forma la trama del cálculo y conserva su forma después de la ablación de las sales térreas.

Varilin *(Revue internationale de Médecine et de Chirurgie)* cita dos casos de broncolitos en individuos afectos de tuberculosis pulmonar con bacilo en los esputos.

Letienne y Galippe *(Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie)* decalcificaron un broncolito, encontrando un bacilo rectilíneo y cocos agrupados de dos en dos ó de tres en tres, algo parecidos al neumococo de Talamon-Fränkel.

Downes *(Medicale and Surgical Reporter)* refiere un caso de broncolito expulsado después de un fuerte acceso de tos por una mujer de ochenta años.

Ruderow, Stewar, Crommelin y otros, citan casos de cuerpos expulsados ó encontrados al practicar autopsias de tuberculosos. *(Enciclopedia universal de progresos médicos*, 1897.)

El autor que más seriamente se ha ocupado en estos últimos tiempos de todo lo referente á cálculos pulmonares ha sido el Dr. E. Carrière, profesor agregado en la Facultad de Medicina de Lille, el cual, en su excelente *Tratado práctico de las enfermedades del aparato respiratorio,* dedica un capítulo, modelo de método y claridad en la exposición, á tratar de padecimiento tan curioso como poco frecuente; y según este sabio maestro, la tisis calculosa fué estudiada por vez primera por Forguere en 1854, siguiéndole después Polaillon, con la monografía á que nos referimos anteriormente.

Los cálculos brónquicos, según el citado maestro, pueden ser cartilaginosos, óseos y calcáreos.

Los cartilaginosos ofrecen gran elasticidad, son blanquizcos, azulados ú opalinos; el examen microscópico revela que están constituídos por un substratum homogéneo traslúcido, en el que se distinguen pequeños espacios ocupados por células cartilaginosas encapsuladas.

Estos cálculos tienen diversos orígenes: lo mismo pueden ser la consecuencia de lesiones necrósicas ó *ulcerosas,* en las que aparecen los elementos cartilaginosos, de bronquios ó tráquea, en medio de los esputos que arrojó el enfermo; como pueden proceder de encondromas de los bronquios ó del pulmón, que á consecuencia de un

Digitized by Google

proceso necrósico del mismo son eliminados por esta vía; y también pueden ser productos de la cartilaginización casi total de la pleura, sea ó no tuberculosa, y que por eliminación necrósica son expectorados.

Los cálculos óseos son más duros y frágiles, ofrecen una forma más irregular; histológicamente están constituídos como los huesos, por los osteoblastos y los conductillos de Havers, lo que les distingue de los cálculos calcáreos, con quienes á simple vista pueden confundirse; pueden provenir de la osificación de algunos cartílagos de los bronquios, que después de un trabajo inflamatorio y necrósico son eliminados.

Los cálculos calcáreos son los más frecuentes; es un hecho de observación vulgar que los ganglios peribrónquicos pueden sufrir la transformación calcárea ó cretácea, caso bastante frecuente en la tuberculosis ganglionar. Laënnec ha demostrado cómo en tales condiciones, un ganglio, después de reblandecerse, puede ser eliminado por los bronquios, no teniendo entonces nada de particular encontrar en los esputos partículas calcificadas. En el parénquima pulmonar y sobre la pleura se suele hallar á veces infiltraciones calcáreas en partes que ofrecen aspecto sano en apariencia, aunque anteriormente hayan sido atacadas de pulmonía, de bronco-pneumonia, de infartos y abscesos. Supongamos que en estas condiciones el parénquima pulmonar tiende á desembarazarse del cuerpo extraño: entonces se formará alrededor del mismo un círculo de eliminación; y si se encuentra próximo á un tubo bronquial, emigrará á él y será lanzado al exterior.

En el pulmón y la pleura se encuentran á veces en las cavidades contiguas (producidas por abscesos, quistes hidatídicos ó cavernas tuberculosas) concreciones calcáreas susceptibles de ser expectoradas.

Por último, estos cálculos pueden tener su origen en la cavidad misma de los bronquios; en ese caso, éstos están atacados de catarro crónico, ó de *ectasia*. Los cálculos aparecen entonces en número variable, únicos ó múltiples; difícilmente tienen el volumen de un guisante ó de una judía; ofrecen las más diversas formas, por más que las comunes son cilíndricas; retorcidos, ramosos ó en forma de un arbolillo, su estructura varía muchísimo; el centro se halla reblandecido, y suele encerrar moléculas de volumen variable y glóbulos de pus; están constituídos por un retículo orgánico, impregnado de fosfatos, carbonatos y sulfatos de cal. En otros casos, las concreciones calcáreas tienen por núcleo un cuerpo extraño; esta estructura recuerda la de los cálculos biliares, y muestra en ambos casos el papel probable y preponderante de la infección microbiana del catarro litógeno, que le ha atribuído Galippe.

Digitized by Google

Por lo demás, bueno es hacer constar que los enfermos atacados de litiasis brónquica suelen ser verdaderos tipos de afectos de diátesis calcárea, casos bien estudiados por Virchow y Talamon.

Nunca se manifiesta la litiasis brónquica con síntomas claros y determinados; frecuentemente es mal conocida, porque ninguno revela su existencia, especialmente cuando las concreciones están incrustadas en la mucosa.

Lo más frecuente es tratar á un enfermo de esta clase como atacado de bronquitis crónica ó de tuberculosis; hasta que la expectoración, bien característica, nos vendrá á demostrar el error que se ha cometido.

En otros casos, los enfermos se quejarán de síntomas dolorosos, que Polaillon compara á los del cólico nefrítico; por eso los denomina, no sin razón, cólicos brónquicos.

Un hombre en perfecto estado de salud, ó que sólo pasa como un viejo catarroso ó como un tuberculoso, sufre de repente un violento dolor en la región retroesternal, respira con gran trabajo y cree ha llegado su última hora; esta dificultad respiratoria no tarda en ser sustituída por un acceso de tos, de extremada violencia, interminable y doloroso; en este momento el paciente sufre un verdadero desgarramiento interno y expectora en un último esfuerzo pulmonar la causa de todo el trastorno, el cálculo, que al caer en la escupidera produce un ruido revelador del mal de que se trata.

Todo ha concluído. El enfermo está curado de los accidentes que ofrecía anteriormente, salvo que presente una recidiva. Pero durante su viaje á través de los bronquios, el cálculo puede herir la mucosa, rasgarla á veces profundamente, de todo lo cual puede resultar una hemoptisis lo bastante copiosa para alarmar. Puede también ocurrir que durante este paso rasgue la mucosa, abriendo la puerta á la infección; y así como en el cólico hepático podemos observar la fiebre biliosa séptica, aquí podemos observar también una fiebre bronco-séptica que ofrecerá caracteres análogos.

Continuemos la comparación: de la misma manera que durante el cólico de la litiasis biliar el cálculo puede presentar emigraciones, lo mismo ocurre en los bronquios. Enquistado, podrá ser el punto de partida de una bronconeumonia ó de un absceso del pulmón; eliminado hacia la pleura, podrá dar lugar á la presentación de una pleuresía purulenta ó de un pioneumotórax. El diagnóstico es, pues, difícil, y me parece dificilísimo, ínterin no se tenga delante la expectoración reveladora, y aun en estos casos puede proceder el cálculo de los bronquios ó de las anginas. El pronóstico es siempre de cuidado y reservado: primero, porque la litiasis brónquica es frecuentemente la manifestación efectiva de una lesión indeleble del aparato respiratorio; segundo, porque ella misma puede ser punto

Digitized by Google

de partida de complicaciones peligrosas. Las principales indicaciones que hay que llenar son pocas, y con frecuencia ineficaces; la principal consiste en procurar combatir todas sus causas, bronquitis agudas y crónicas, pulmonías crónicas, las ectasias bronquiales, las adenopatías, etc.

Cuidar de la antisepsia de las vías respiratorias, para evitar efectos tóxicos; llamados para prestar cuidados en pleno cólico bronquial, hay que provocar ó ayudar á la expulsión del cálculo con un vomitivo; hay que tener cuidado al combatir el dolor, porque los calmantes pueden oponerse á los reflejos destinados á expulsar el cálculo.

Kobler (*Internationale Klinische Runschan*) opta por la no intervención, mientras no provoquen síntomas patológicos; pero sí hay oclusión de la glotis, traqueotomía, eméticos y extracción si es posible. Cree que es más frecuente el alojamiento de cuerpos extraños en el bronquio derecho, porque está en la tráquea una línea más alto que el izquierdo.

Tal es á grandes rasgos cuanto he podido recoger de autores, revistas y monografías referentes á este interesante proceso pulmonar, productor de la tisis según respetables clínicos, consecuencia de la misma según otras autorizadas opiniones, coincidiendo con ella casi siempre, agravándola en este caso y precipitando, si esto sucede, el fin de los desgraciados enfermos que la padecen, sentenciados á morir asfixiados en un acceso de tos convulsiva ó disnea provocadas por la expulsión de tan molestos huéspedes, que eligen como morada el delicado aparato respiratorio.

HERIDA DE LA REGIÓN LUMBAR DERECHA

CON ANESTESIA Y ATROFIA MUSCULAR DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

POR EL DR. ENRIQUE VILCHES Y GÓMEZ

Profesor del Dispensario para las enfermedades del sistema nervioso en el Instituto Rubio.

Pablo San Segundo, de veintiséis años de edad, natural de San Juan de Molinillo (Avila), soltero, albañil, y habitante en la calle de Isabel la Católica, 13.

Hace tres años, en riña con otro mozo, recibió una puñalada en la parte inferior de la región lumbar derecha, cerca de la línea media. Cayó al suelo, de donde fué levantado por otros compañeros, marchando en seguida, sin ayuda alguna y sin más dificultad que la natural producida por el dolor que sentía en la herida, hasta la Casa de Socorro, donde fué curado. Desde aquí se dirigió á su domicilio, también á pie, á pesar, según el enfermo, de tener *muerta* su

Digitized by Google

pierna izquierda, pues él no la sentía ni se daba cuenta de su existencia, si no era con la vista.

La herida curó y cicatrizó en poco tiempo, y aunque la extremidad inferior izquierda seguía casi en el mismo estado, no obstante, empezaba á recobrar algo su sensibilidad en algunas regiones, y un mes después de cicatrizada la herida el individuo hacía su vida normal, si bien no podía andar de prisa, pues, por efecto de la anestesia

FIG. 1.ª—Fotografía por el Dr. Moreno Melgar.

de la extremidad, tropezaba y estaba á veces á punto de caer. Asimismo esta circunstancia le impedía volver á emprender los trabajos de su oficio. A los cuatro ó cinco meses de este estado, y no obstante seguir ganando en sensibilidad, empezó á experimentar cansancio en dicha extremidad inferior izquierda, falta de fuerzas y, sobre todo, un adelgazamiento que poco á poco se fué acentuando hasta hacerse bastante notable, lo que iba entorpeciendo cada vez más la locomoción.

El día 25 de Abril de 1905 ingresó en el Dispensario, recomenda-

Digitized by Google

do por un distinguido colega, trayendo una hoja clínica en la que figuraba el diagnóstico de neuritis periférica.

Interrogado y examinado detenidamente por nosotros, expondré lo más concretamente posible lo que se observó en el enfermo.

En la parte inferior de la región lumbar, al lado derecho de la columna vertebral, se observa una cicatriz lineal, blanca, casi transversal, pues presenta una ligera oblicuidad de arriba á abajo y de dentro á fuera; su longitud es de unos cinco á seis centímetros, y su ángulo interno apenas dista uno de la línea media (fig. 1.ª).

La piel en que asienta la cicatriz se desliza sin gran dificultad

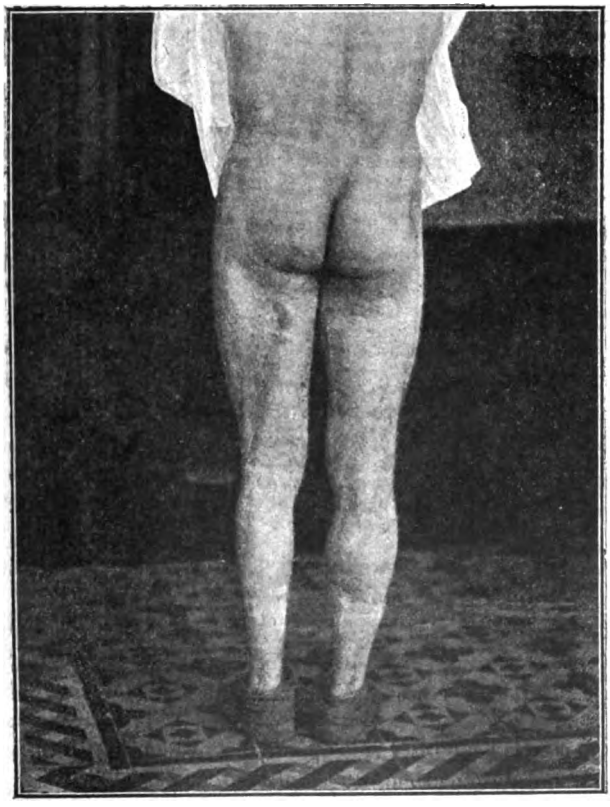


FIG. 2.ª—Fotografía por el Dr. Moreno Melgar.

sobre los tejidos subyacentes, y nada más de particular se observa en esta región.

En el miembro inferior derecho nada encontramos tampoco de anormal; la sensibilidad, los movimientos, la nutrición, todo tiene

Digitized by Google

la integridad fisiológica correspondiente á la constitución general del sujeto.

En cambio, en la extremidad inferior izquierda, y como primer dato que salta á la vista, se observa una atrofia muscular notable en todo el miembro, pero principalmente marcada en la pierna. Luego veremos la topografía de esta atrofia (fig. 2.ª).

La sensibilidad táctil y dolorosa se encuentra algo disminuída, en general, en toda la extremidad con relación á la opuesta, pero existe muy manifiesta, sobre todo en la cara anterior del muslo, donde es casi normal. Hay una zona de anestesia completa situada en la parte media de la cara posterior del muslo, que se extiende desde la región glútea hasta su tercio inferior, y de una extensión transversal de ocho centímetros, por término medio. En esta zona existe también termo-anestesia.

En la cara posterior externa de la pierna, borde externo del pie y mitad plantar externa, se halla asimismo la anestesia, no tan acentuada como en el muslo, pero bastante más marcada que en el resto del miembro.

La motilidad voluntaria se conserva en toda la extremidad, si bien carece de energía, principalmente en la pierna y el pie, por lo cual el enfermo se cansa pronto al andar. Al explorar la fuerza en los diversos movimientos del miembro la encontramos notablemente disminuída, sobre todo en la flexión de la pierna sobre el muslo, en la extensión del pie sobre la pierna y algo también en la flexión.

El enfermo camina, pues, con alguna dificultad; pero ésta se acentúa hasta el punto de hacerle caer si le obligamos al mismo tiempo á cerrar los ojos, como ocurre en el signo de Romberg en los tabéticos, por efecto de la falta de sentido muscular, en este caso limitado á un solo miembro.

El reflejo rotuliano es normal en el lado derecho y muy disminuído en el miembro enfermo, pero existe.

La excitabilidad eléctrica del nervio ciático se halla abolida, tanto á la corriente farádica como á la galvánica. La del crural existe, aunque algo disminuída. La contractilidad eléctrica de los músculos se encuentra asimismo disminuída muy notablemente en los músculos flexores de la pierna sobre el muslo, en los extensores del pie y algo también en los flexores. No hay verdadera reacción de degeneración. En todas las demás funciones de la economía del sujeto no existe nada de anormal.

Este caso, al parecer sencillo, presenta, sin embargo, algunos extremos interesantes que obligan á fijar en ellos la atención y estudiarlos con algún detenimiento, no sólo como curiosidad clínica, sino también bajo el punto de vista de la fisiopatología de la medula espinal. Por esto hemos creído de interés su publicación; y aunque no

Digitized by Google

tengamos la seguridad de apreciar, y menos resolver acertadamente los problemas que entraña, vamos á dar siquiera una idea de ellos, haciendo las consideraciones que nos sugiera el concepto que de los mismos hayamos formado.

La primera cuestión que se presenta á nuestro examen clínico es el determinar el punto preciso de la lesión del eje medular. La herida de la piel se halla situada, como hemos visto, al lado derecho de la columna lumbar, lo que haría creer *a priori* que había sido lesionada la mitad derecha de la medula, cosa que hay que desechar inmediatamente, en vista de que el miembro inferior correspondiente se encuentra en toda su integridad fisiológica, y en cambio en el izquierdo se observa la anestesia y atrofia muscular que anteriormente hemos señalado. No hay más remedio que admitir, á nuestro juicio, que la lesión nerviosa recae en el lado izquierdo del eje espinal, tanto más cuanto que á la altura en que se encuentra la herida, ó sea á nivel de la quinta vértebra lumbar, ó cuando más entre la cuarta y quinta, no existe ya medula, y, por lo tanto, se halla en plena región de la cola de caballo. Hay, pues, que suponer que el arma productora de la herida, que, según dice el sujeto, era una navaja de punta larga y estrecha, penetró oblicuamente de derecha á izquierda por la parte posterior del conducto medular, y por uno de esos efectos raros que suelen observarse en las acciones traumáticas, llegó á cortar algunas de las raíces posteriores izquierdas de la medula espinal. Que la lesión quedó limitada á las fibras correspondientes á las raíces posteriores es indudable, puesto que ni en el momento de la herida ni después ha habido parálisis del movimiento en el miembro inferior, y sólo sí anestesia, muy generalizada en un principio y limitada hoy á las regiones que hemos descrito. He aquí un primer punto, cuya solución no admite dudas, á nuestro parecer, por muy difícil que sea explicarse el trayecto seguido por la punta de la navaja para herir las fibras izquierdas, respetando completamente las del lado derecho.

Quizá no resulta tan llano darnos cuenta del mecanismo para la producción de otro de los fenómenos que se observa en el enfermo, esto es, de la atrofia muscular acentuada muy especialmente en las regiones glútea inferior, posterior del muslo y de casi la totalidad de la pierna. Los músculos más interesados son: el glúteo mayor, el biceps, los que forman el triceps sural y algo también los peroneos y tibial posterior.

Aunque la atrofia no se ha presentado sino bastante tiempo después de la lesión, no puede clasificarse entre las atrofias pasivas, toda vez que el miembro no ha permanecido en la inacción ni un momento; el enfermo no ha dejado de andar desde que sufrió el accidente, si bien por efecto de la pérdida del sentido muscular,

Digitized by Google

que le exponía fácilmente á caer, tuvo que dejar su oficio de albañil.

¿De qué manera podremos explicar sitisfactoriamente esta atrofia muscular? Discurramos. Sabido es que entre las raíces posteriores, formadas por fibras sensitivas, se encuentran otras fibras que tienen su origen en las células de las astas anteriores. La células radiculares, por lo tanto, se dividen en dos clases: *células radiculares anteriores,* motoras, que envían su cilindro-eje á las raíces anteriores, y *células radiculares posteriores,* igualmente motoras, ó quizá vaso-motoras, cuyo cilindro-eje sale de la medula con las raíces posteriores.

Ya Stricker, en 1876, demostró experimentalmente la presencia en las raíces posteriores de fibras centrífugas de acción vaso-motora y trófica, que han sido después estudiadas por Morat. Anatómicamente estas fibras centrífugas habían sido bien observadas, empleando el método walleriano, por Joseph; fibras que quedaban intactas en el trozo central de una raíz posterior seccionada. Las investigaciones de Cajal y de Lenhossek, que datan de 1890, vinieron luego á confirmar, por un nuevo método, un hecho ya conocido; pero lo han precisado y completado hasta el punto de darnos á conocer el sitio en que se encuentran las células de origen de estas fibras centrífugas de trayecto posterior, que no es otro que las astas anteriores junto á las células motoras ordinarias.

Más recientemente, las fibras centrífugas de la raíz posterior han sido estudiadas de nuevo en el perro, desde el doble punto de vista fisiológico y anatómico, por Bonne (1).

La sección de estas fibras centrífugas, en el caso de nuestro enfermo, ¿podría darnos cuenta de la amiotrofia? Acaso sea ésta una explicación admisible, y á ella se inclinaba mi ilustre amigo el sabio profesor de Fisiología, Dr. Gómez Ocaña, cuando le referí ligeramente el caso.

Pero como la función de estas fibras está aún por demostrar, pasemos del terreno hipotético fisiológico al de la experiencia clínica.

Está plenamente confirmado, desde hace mucho tiempo, por infinidad de observaciones clínicas, que hay cierto número de casos en los que las lesiones de los troncos ó de las terminaciones de los nervios pueden repercutir y repercuten evidentemente sobre el centro espinal, determinando en él alteraciones más ó menos profundas, que se traducen clínicamente por paresias y atrofias musculares de los miembros. Tal es, entre otros muchos, el caso de ciática citado por Charcot (2), seguido de lesión medular.

---

(1) *Recherches sur les éléments centrifugues des racines postérieures.* Lyon, 1897.
(2) *Leçon sur les maladies du système nerveux,* 1887, pág. 124.

Digitized by Google

En esta categoría de hechos pueden asimismo colocarse las atrofias de los músculos consecutivas á las afecciones articulares traumáticas ó dependientes del reumatismo, en las cuales la lesión de los filetes nerviosos que rodean la articulación se propaga hasta las células motoras ó tróficas de las astas anteriores de la medula, determinando en ellas no sólo una especie de estupor ó alteración exclusivamente funcional, sino verdaderas y profundas alteraciones nutritivas, que se traducen ya por esclerosis ó por otra forma de irritación del tejido nervioso.

A nuestro juicio, hay varias razones para no considerar la atrofia que estudiamos como dependiente de un proceso análogo al de las atrofias articulares. En las artritis, cuando se presentan estas atrofias musculares lo hacen muy pronto, á veces antes de quince días (Charcot), y otro carácter muy interesante es que recaen siempre y exclusivamente sobre los músculos extensores; así en las lesiones del hombro se atrofia el deltoides, en la cadera el glúteo mayor, en la rodilla el triceps, observándose, pues, que en estas lesiones de los nervios que repercuten sobre la medula se ven parálisis y atrofias en el territorio de nervios que no han sido lesionados. Además, hay cierto grado de paresia que se manifiesta desde el principio, y, por lo tanto, independientemente de la atrofia; y por último, en estos casos, según hizo también observar Charcot, suelen verse los reflejos tendinosos algo exaltados. Todas estas condiciones faltan en el caso que es objeto de nuestro estudio.

Otro mecanismo de la atrofia pudiera encontrarse en el hecho conocido de que las lesiones de la cola de caballo, cuando recaen por encima del ganglio intervertebral, pueden ascender hasta la medula, produciendo en ella las alteraciones propias de la degeneración gris; éstas ocupan en semejante caso los haces espinales posteriores. El hecho ha sido demostrado por una observación de M. Cornil (1). Esta degeneración de la fibra centrípeta, al alcanzar las zonas radiculares puede propagarse también á la sustancia gris de las astas anteriores, como ocurre en los casos no raros de tabes dorsal, en los que la esclerosis, extendiéndose hasta dichas astas, ocasiona las atrofias musculares que vemos en muchos casos de ataxia locomotriz.

Pero en estos casos la atrofia, á más de ser muy tardía, alcanza gran intensidad y hay siempre reacción completa de degeneración, lo que no ocurre en nuestro enfermo.

¿De qué manera podemos aún explicarnos los fenómenos tróficos, que son el objeto de este estudio? Antes de intentar otra explicación sentaremos las bases de ella recordando aquí cuáles son los

(1) Bouchard: *Des dégénérations secondaires*, p. 42.

Digitized by Google

músculos atacados de atrofia y los territorios de la anestesia cutánea. Los primeros son, como dijimos, el glúteo mayor, los músculos posteriores del muslo, flexores de la pierna, y los que producen la flexión plantar y la dorsal del pie; todos ellos inervados por los ciáticos mayor y menor, y las zonas de anestesia que hoy se observan corresponden también, como hemos indicado antes, á dichos nervios ciáticos. Mas esta anestesia, conviene también recordar, no se limita á la superficie cutánea, sino que, según vimos en el enfermo, se extiende asimismo á los músculos, como lo prueba el signo de Romberg limitado á la extremidad afecta. Es de suponer, pues, que aunque en un principio la lesión traumática alcanzara mayor número de fibras de la cola de caballo, algunas se unieron nuevamente y la interrupción definitiva quedó limitada á las fibras centrípetas que habían de ir á formar la parte sensitiva de los nervios ciáticos.

Ahora bien, ¿existe una relación constante entre el sitio de los trastornos de la sensibilidad en general y el de las alteraciones tróficas concomitantes? Sabemos que la sensibilidad no es una propiedad exclusiva de los órganos de los cinco sentidos, sino una propiedad común á todas las partes vivas, sin excepción. No sólo hay una sensibilidad visceral, si que también la hay de los diversos tejidos con exclusión de los sentidos especiales. Esta es la causa de las *sensaciones internas* de Beaunis (1) y que se ha denominado sensibilidad común ó profunda, ó más propiamente, como propone Brisseau, sensibilidad orgánica.

La resultante de todas estas sensibilidades ignoradas es lo que se ha llamado *cenestesia* ó sensibilidad común. Littré definió la cenestesia diciendo que es «una especie de sentimiento vago que tenemos de nuestro sér independientemente del concurso de los sentidos».

En la división del trabajo que preside en las funciones de nuestro organismo tiene la medula espinal una parte importante de la tarea. Ella es la que se informa en primer lugar de lo que pasa en nuestros tejidos y órganos, y por medio de los actos reflejos, simples ó combinados, responde á las necesidades de aquéllos. El cerebro cuando interviene es sólo para dar la orden sumaria, que después la medula se encarga de cumplir en todas sus partes. Mas para que los centros de coordinación funcionen regularmente es indispensable que la medula espinal sea bien informada y se realice así el equilibrio nervioso necesario al juego normal de todos los órganos. Y téngase en cuenta que no son únicamente los de la vida de relación los que exigen este flujo y reflujo regular de la corriente ner-

(1) Beaunis: *Les sensations internes*, París, Alcan, 1889.

Digitized by Google

viosa por las vías centrípetas y centrífugas, sino que son igualmente todos los órganos de la vida vegetativa: las vísceras, vasos, tejidos conjuntivos y hasta los huesos mismos. Como dice Brisseau, este equilibrio es indispensable á la buena economía de los cambios nutritivos. A una estimulación periférica excesiva ó insuficiente transmitida por las vías centrípetas la medula respondería con una actividad mayor ó menor ó una perversión de esta actividad de los centros orgánicos ó viscerales. El mecanismo íntimo de esta alteración de la actividad nutritiva nos es desconocido, pero sus efectos materiales los vemos traducidos en atrofias, hipertrofias, hemorragias, cianosis, etc.

Todos estos fenómenos se encuentran en la tabes, que, como sabemos, es una enfermedad cuya lesión primaria reside constantemente en la zona de los conductores centrípetos, y este hecho es una de las bases en que se apoya la racional teoría de Marinesco acerca de la «influencia de la sensibilidad orgánica sobre los trastornos tróficos de origen nervioso» (1).

Esta ley de correlación no está sólo justificada por los fenómenos que se observan en la tabes, sino que también por otras muchas afecciones, como las hemiatrofias faciales consecutivas á la neuralgia del quinto par, las atrofias articulares, las erupciones vesiculosas del zona y otras muchas que sería prolijo citar ahora.

Pero, volviendo á la tabes, debemos recordar aquí las dos formas que de ella se conocen; esto es, la *tabes sensitiva* y la *tabes motora*. Desde luego puede afirmarse que la lesión anatómica no es igual en ambas, aun recayendo siempre ésta en las mismas regiones, y siendo el mismo el territorio medular degenerado; pues de esto no se puede deducir que hayan de ser interesados, y en un grado igual, idénticos *conductores nerviosos*. Sabemos á este respecto que la esclerosis fasciculada posterior no es nunca completa, con excepción de muy raros casos. Casi siempre se encuentra en los cortes transversales, en medio de un campo de esclerosis, tubos nerviosos muy bien conservados. Por consiguiente, de este hecho puede deducirse, de una manera general, como dice con razón Brisseau, que en la *tabes sensitiva* los cilindro-ejes respetados serían aquellos que presiden á las funciones centrípetas de los músculos, y que en la *tabes motora* los cilindro-ejes sanos serían los correspondientes á la sensibilidad sensitivo-sensorial y orgánica.

En vista de estas consideraciones, el problema de la relación recíproca entre las alteraciones de la sensibilidad y los trastornos tróficos puede resolverse, según Brisseau, del siguiente modo: Nues-

(1) *Sur un cas de lésion traumatique du trijumeau et du facial avec troubles trophiques consecutifs, in Arch. de Physiol.*, Juillet 1894, p. 464.

Digitized by Google

tros órganos (huesos, músculos, glándulas), sin excepción, se hallarán en estado de *equilibrio trófico* siempre que sus nervios centripetos conduzcan al centro espinal respectivo los estímulos necesarios y suficientes para provocar de parte de este centro la reacción nutritiva normal. El equilibrio trófico es, pues, como sostiene Marinesco, un *acto reflejo*, y la nutrición de todos los elementos constitutivos de nuestro organismo está íntimamente unida á su actividad vital.

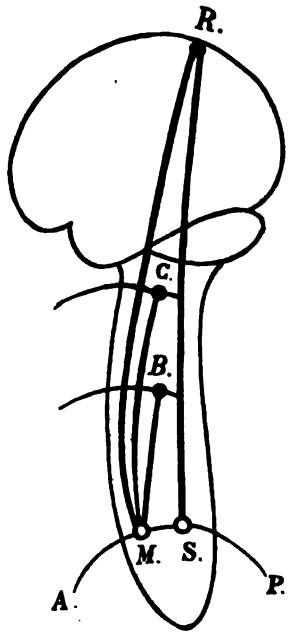


FIG. 3.ª — Esquema. (*Tomado de Brisseau.*)—Perfil del eje cerebro-espinal, demostrando los arcos reflejos directos é indirectos.

P, raíz posterior.—A, raíz anterior.—S, asta posterior.—M, asta anterior.—R, centros psicomotores de la zona rolándica.—BC, astas anteriores á diferente nivel en el eje espinal.—PSMA, arco reflejo directo.—PSBMA, arco reflejo indirecto.—PSCMA, arco reflejo indirecto.—PSRMA, arco reflejo psicomotor.—La fibra RM pertenece al haz piramidal. Este representa un segmento centrífugo del arco reflejo indirecto PSRMA.

Este nuevo punto de vista patogénico que se desprende de tan ingeniosa manera de considerar la función trófica, se completa con la acertada concepción de Brisseau respecto á la complexidad de la acción trófica.

El acto reflejo que resume en sí mismo todo fenómeno trófico no es un acto simple. Todo acto reflejo, cualquiera que sea, no se efectúa invariablemente por una sola y misma vía. Existe, pues, en toda la extensión de la medula una serie de *arcos diastálticos, reflejos indirectos,* siguiendo caminos diferentes, y que superpuestos los unos á los otros, á partir de la raíz posterior, corresponden á la región excitada (fig. 3.ª). Entre estos arcos hay uno ó varios (PSRMA, cuyo trayecto se extiende en sentido centrípeto hasta alcanzar la corteza cerebral, y en el centrífugo hasta las raíces anteriores de la región excitada. El haz piramidal no es sino un segmento de este gran arco reflejo; un sistema de fibras encargado de utilizar para la función motriz las sensaciones almacenadas, digámoslo así, desde un tiempo más ó menos largo, en la corteza gris del hemisferio, es decir, en un punto (R) donde el gran arco reflejo hace escala (1).

Si en la tabes las fibras centrífugas de este gran arco son respetadas, ó, lo que es igual, si el haz piramidal continúa ejerciendo su influencia motriz sobre las células de las astas anteriores, éstas con-

(1) Brisseau: *Leçons sur les maladies nerveuses.*

Digitized by Google

servan la facultad de accionar la fibra estriada y los músculos no es atrofian. Subsiste en las células cerebrales buen número de «sensaciones-recuerdos» para sostener la función trófica muscular, aun cuando el arco reflejo directo (PSMA), que va de la raíz posterior á la anterior correspondiente, esté interrumpido. Así, pues, un enfermo de tabes motora puede conservar por mucho tiempo sus músculos potentes, á pesar de haber perdido por completo la sensibilidad muscular propiamente dicha.

Por el contrario, un enfermo de tabes sensitiva presenta trastornos tróficos, articulares y óseos, porque los centros espinales de reacción nutritiva, que rigen el equilibrio funcional de los tejidos óseo y cartilaginoso, no son influenciados directamente por la corteza cerebral. El haz piramidal, llamado con sobrada razón *haz voluntario,* no tiene acción ninguna sobre estos tejidos, y de aquí se desprende el por qué los trastornos tróficos de origen cortical en el adulto no son jamás primitivos.

De lo anteriormente dicho no se sigue que la atrofia muscular sea cosa rara en los tabéticos: es, por el contrario, como ya hemos indicado, una complicación bastante frecuente en la forma ordinaria de tabes sensitivo-motriz; pero ella puede explicarse perfectamente por esta teoría en el sentido de que la acción cerebral trófica es insuficiente para sostener indefinidamente la nutrición de la fibra estriada.

En resumen: si este mecanismo nos da cuenta exacta de las atrofias tabéticas, cuya enfermedad tiene como lesión anatómica la interrupción de la vía centrípeta, nada más fácil de explicar, siguiendo esta misma teoría, que la atrofia muscular observada en el enfermo que tenemos en estudio; atrofia debida igualmente á la interrupción de la vía sensitiva correspondiente á los músculos atrofiados, y desarrollada tardíamente, cuando la influencia cortical cesó por agotamiento de sus *sensaciones almacenadas,* y los centros tróficos medulares, faltos del estímulo cerebral, se paralizan.

He aquí, pues, la solución que proponemos del problema planteado por este curioso caso clínico, creyendo haber demostrado que los trastornos tróficos, bajo su punto de vista más general, están íntimamente unidos á una perturbación funcional; y diremos, con Briseau, que, así como hay estados morbosos en los cuales *la alteración de las funciones depende del trastorno de la nutrición*, pueden existir también otros estados morbosos en los que *el trastorno de la nutrición sea efecto directo de la perturbación de las funciones.*

Y aquí llegamos á los linderos del campo biológico, donde surge la insoluble cuestión de la causa final: ¿el órgano se hace para la función, ó la función para el órgano? Quedémonos en el terreno clínico.

Digitized by Google

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA ESENCIAL DE ORINA EN LOS NIÑOS

(ENURESIS NOCTURNA)

POR EL DR. CARLOS NEGRETE

Profesor auxiliar del Dispensario de Vías Urinarias del Instituto Rubio.

La incontinencia esencial de orina en los niños es una afección que con mucha frecuencia se presenta en la práctica no ya sólo del especialista urólogo, sino también del médico general, frecuencia que justifica atención preferente y estudio de los procedimientos con que nos brinda la terapéutica para su tratamiento, especialmente los más modernos, entre los cuales contamos: raquicentesis (método de Babinsky), inyecciones epidurales de suero normal (método de Cathelin), inyecciones de aire en el espacio retro-rectal (método de Bérard) é inyecciones retro-rectales de suero (método de Jaboulay).

La incontinencia esencial de orina, que, como su mismo nombre indica, consiste en la salida involuntaria é inconsciente de la orina, podemos considerarla como una manifestación neuropática que muchas veces desaparece espontáneamente al llegar la época de la pubertad; y si bien este hecho autoriza, al parecer, á pensar que no tiene funestas consecuencias, las tiene, y de importancia, bajo el doble aspecto físico y moral, porque aparte la sensación desagradable de estar mojado el niño, ser objeto de mofa por sus camaradas y expulsados de los colegios ó asilos donde estén recluídos, hay que agregar el mal olor de la orina, la aparición de eczemas, placas erisipelatosas y hasta la formación de escaras: quizá esto parezca exagerado; pero los que conozcan los escasos recursos y los pocos cuidados de limpieza é higiene de nuestras clases menesterosas, se darán cabal cuenta de que es realidad lo que aparenta fantasía; y permítaseme esta digresión, ya que en nuestros Dispensarios (como en todas las consultas públicas) hay que luchar con enfermedad y medio social, y qué duda cabe que este último factor hace variar por completo en muchos casos el diagnóstico, pronóstico é indicaciones terapéuticas.

La incontinencia esencial de orina se manifiesta en algunos enfermos día y noche, en la mayor parte durante la noche (enuresis nocturna, de la que nos ocupamos), y en otros solamente durante el día; en todos ellos está caracterizada por una verdadera micción á *plein jet* (á chorro lleno), independiente de la voluntad del niño, acompañándose de intervalos más ó menos regulares, durante los cuales se escapa la orina gota á gota.

Digitized by Google

Diversas teorías que sucintamente expondremos pretenden explicar la incontinencia esencial; las teorías químicas la hacen depender, ya de exceso de sales en la orina, ya de la hiperacidez de la misma, ya de la acumulación de ácido carbónico en la sangre de los niños que padecen hipertrofia de amígdalas y vegetaciones adenoídeas, en los que los cambios al nivel del pulmón son defectuosos por insuficiencia respiratoria; las fisiológicas, tomando por base un trastorno motor de la vejiga, la inculpan á falta de contractilidad del esfínter uretral (teoría de Guyon) y la llamada incontinencia refleja que corresponde á la excitabilidad vesical de Trousseau; las teorías psicológicas suponen que, dormido profundamente el niño, no percibe el deseo de orinar, y faltando, por consecuencia, el reflejo cerebral que hace contraer el esfínter uretral, se escapa la orina.

Es indudable que cada una de estas teorías tiene su valor, y á ellas se pueden referir algunos casos; pero la de Guyon, la que supone atonía del esfínter uretral, es la que mejor explica la enuresis nocturna de los niños; desde luego que descartamos la incontinencia infantil producida por fimosis, estrecheces congénitas de la uretra, oxfuros, vulvitis, etc., que poseen otros medios de tratamiento.

Más numerosos aún que las teorías han sido y son los medios propuestos para tratar la incontinencia esencial, lo cual hace sospechar á primera vista de la eficacia de los mismos; electricidad, sugestión, medicamentos, punciones lumbares, inyecciones epidurales é inyecciones retro-rectales son los usados, aparte la interminable lista de reconstituyentes, modificadores de la nutrición, ejercicio, hidroterapia, que pueden y deben asociarse al tratamiento especial que se emplee.

La electricidad se aplica por medio de una bujía ó tallo delgado y flexible, formado por hilos conductores recubiertos de una capa aisladora, terminado por un extremo en una pequeña oliva metálica, y por el otro en un ganchito ó hembrilla para ponerlo en comunicación con una pila de inducción; introdúzcase el tallo hasta poner en contacto la oliva con la región membranosa, y encima del pubis el polo positivo; la corriente será débil, de intermitencias poco frecuentes, y de dos á cinco minutos de duración; varias veces lo he empleado con mediano éxito, obteniendo ligeras y no permanentes mejorías.

La sugestión no es un procedimiento aplicable á los pequeños enfermos; únicamente, sí creo oportuno, en vez de los regaños, en ocasiones demasiado fuertes, de los allegados al niño, procurar cariñosamente excitar su amor propio, haciéndoles ver lo poco limpio de su afección.

Entre los medicamentos se encuentran la nuez vómica, el corne-

Digitized by Google

zuelo de centeno, la belladona, el bromuro, cloral, antipirina y la tintura de *rhus radicans*; no nos hemos de detener acerca del modo de obrar ni de las dosis, puesto que en todos los tratados de Medicina y Terapéutica está consignado; únicamente diremos dos palabras con relación al tratamiento por la belladona (aún hoy gozando de cierto predicamento, y resucitado por algunos con la variante de emplear el sulfato de atropina), que pudiéramos llamar método de Trousseau, animado, más que por los positivos resultados que he podido observar, como homenaje de admiración y respeto á la gigantesca figura científica del célebre clínico francés; Trousseau daba el extracto de belladona de la manera siguiente: un centigramo todas las noches, en el momento de acostarse, aumentando un centigramo cada cuatro ó cinco días, hasta llegar á tomar 15 á 20 centigramos de una sola vez; mantener esta dosis máxima por espacio de algunas semanas, y disminuir progresivamente; sin poner en duda los éxitos de Trousseau, nosotros lo hemos empleado bastantes veces, sin conseguir curaciones, si bien confesamos ingenuamente no atrevernos á llegar á la dosis máxima citada.

A título de curiosidad, citaremos otros medios, como distensión de la vejiga por inyección de agua boricada, dilatación del cuello por medio de bujías, cauterización del mismo con nitrato de plata, sulfato de cobre, hoy caídos en desuso.

Métodos modernos.—Los Dres. Babinsky y Boisseau presentaron á la Sociedad de Medicina de los Hospitales de París varios enfermos tratados y curados por su procedimiento (raquicentesis), que consiste en extraer, por punción lumbar, de 10 á 15 c. c. de líquido céfalo-raquídeo. La punción ¿cómo obra sobre el centro de la micción? Difícil es dar una explicación satisfactoria: al parecer, se trata de modificaciones debidas á la menor presión intra-raquídea por la salida del líquido; es un procedimiento no exento de inconvenientes, poco usado y acerca del cual no se pueden hacer juicios definitivos.

Las inyecciones epidurales datan del mes de Febrero de 1901, en que Cathelin, sugerido por los experimentos de Hallion (demostrativos de la acción sobre las raíces raquídeas con inyección de cocaína por vía infradural), se propuso estudiar el modo de accionar sobre dichas raíces, sin penetrar en el saco dural; varios cortes practicados en columna vertebral le demostraron la existencia fuera de la duramadre de un espacio donde se superponen las raíces raquídeas, siendo el canal sacro el punto que escoge para atacar dicho espacio epidural; y la sustancia empleada, el suero fisiológico, solo ó cocainizado. ¿Cómo obra la inyección en el espacio epidural? El autor del método admite la producción de un efecto dinamogénico á este nivel por el traumatismo y la compresión, añadiéndo-

Digitized by Google

se probablemente una acción química debida al cloruro de sodio.

Para lo concerniente á instrumentos y técnica, véase la tesis de Cathelin (París, 1902) y sus diferentes comunicaciones sobre inyecciones epidurales, y el trabajo de dicho autor y Albarrán titulado *Tratamiento de las incontinencias de orina por las inyecciones epidurales sacras de suero y cocaína.*

El método de Bérard, inyección de aire en el espacio peri-rectal, ha sido abandonado en razón á accidentes que se le pueden imputar, y á que el aire se difunde muy lejos y no distiende los filetes nerviosos.

El procedimiento de Jaboulay, de Lyón (inyección de suero en el espacio retro-rectal), responde al hecho de que la incontinencia es debida á un desorden funcional del sistema simpático al nivel del plexo hipogástrico.

Este procedimiento tiene la ventaja de inocuidad absoluta, instrumental sencillísimo, mayor efecto á menor traumatismo, acción sobre el simpático pelviano; en tanto que las inyecciones epidurales son más expuestas á accidentes, más complejo instrumental y técnica, y la acción se ejerce sobre ciertas fibras antes de sus anastomosis con los ganglios simpáticos.

He aquí la técnica que yo empleo: enfermo echado en decúbito lateral izquierdo, pierna izquierda extendida, pierna derecha doblada, antisepsia de la región (desde el periné hasta el sacro inclusive, y ambas regiones glúteas en su mitad interna), hervido de una jeringa de Roux (único instrumento preciso) y desinfección de las manos; el índice de la mano izquierda lo apoyo en la punta del coxis, sirviéndome de punto de referencia; con la mano derecha introduzco la aguja entre el coxis y el recto, teniendo precaución de no desviarla hacia los lados, sino que mire hacia arriba y atrás; enchufo la jeringa, y pongo 20 á 30 c. c. de suero fisiológico; no es preciso, como algunos aconsejan, introducir un dedo en el recto para protegerlo.

De los seis casos que tengo tratados por este procedimiento, hay tres curados hace más de un año: el primero, con seis inyecciones de 20 c. c. cada una; otros dos, con cinco inyecciones de 30 c. c.: dos mejorados notablemente, que rehuyeron el tratamiento antes de la tercera inyección; y en la actualidad, uno que lleva puesta la tercera inyección, y cuya marcha hace esperar su curación pronta y definitiva.

Pienso, en vista de las observaciones hechas en los distintos enfermos, modificar mi técnica en cuanto á cantidad de suero introducido: creo que se puede y debe empezar con dosis de 80 á 100 gramos, y lo probable es que con menos inyecciones se obtenga igual resultado.

Digitized by Google

Por todas las razones expuestas de sencillez, brevedad é inofensivo, y, sobre todo, por los resultados hasta ahora obtenidos, tiene este método todas mis preferencias.

Tal es el estado actual de la terapéutica en la incontinencia esencial de orina.

SOBRE LA HERNIA INGUINAL

NOTA CLÍNICA DADA EN EL INSTITUTO RUBIO

POR EL DOCTOR LOZANO

el jueves 5 de Abril del presente año.

SEÑORES: En la enfermería de hombres existen en la actualidad dos operados de cura radical de hernia inguinal, cuya historia voy á haceros á grandes rasgos, para sacar de ella algunas consecuencias prácticas que considero de verdadero interés.

Uno de estos enfermos ingresó, hace unos diez ó doce días, en el Instituto Rubio, con el fin de operarse una hernia inguinal del lado izquierdo que padecía, y que le ocasionaba grandes molestias.

Interrogado acerca del origen de su padecimiento, nos manifestó que hará unos tres años (el paciente cuenta cuarenta y dos), al hacer un esfuerzo violento, trabajando en su oficio de panadero, sintió repentinamente un dolor bastante intenso en la ingle izquierda, que le hizo pensar *en si se habría relajado;* en efecto, reconociendo después dicha región, notó un pequeño abultamiento doloroso, del tamaño de una *avellana,* y que después ha ido creciendo paulatinamente hasta adquirir el tamaño de un huevo grande de gallina, ocasionándole sufrimientos constantes que le impedían consagrarse á ocupaciones que exigieran el menor esfuerzo.

Decidido á salir de una situación que tantas molestias le ocasionaba, ingresó en el Instituto para ser operado, como en efecto lo fué el martes 27 de Marzo.

Hicimos una incisión paralela al ligamento de Poupart, y un poco por encima de dicho ligamento, en el sitio correspondiente al conducto inguinal, sin que el extremo inferior alcanzara al escroto; práctica que consideramos sumamente conveniente, porque sobre no ser nunca necesario el incindir el escroto, al hacerlo nos exponemos á que sobrevengan infecciones—dado lo difícil que es desinfectar bien la región escrotal—que, si no á mayores peligros, exponen á retrasar considerablemente la curación.

Puesto al descubierto el anillo subcutáneo del conducto inguinal, descubrimos el cordón espermático, y, formando con él un todo continuo, el saco herniario, desprovisto completamente de la coloración

Digitized by Google

blanca mate que de ordinario ofrece el peritoneo parietal que le origina.

Tuvimos que proceder con mucho cuidado para poder aislar el saco, que se confundía con los elementos que forman el cordón, no sólo por faltarle su coloración nacarada característica, sino por estar unido á los citados elementos, con tal intensidad, que más que tejidos distintos parecían formar uno solo provisto de infinidad de vasos capilares, que establecían una íntima conexión; circunstancia que daba lugar á una hemorragia en sábana que se extendía por toda la superficie del saco á medida que le íbamos aislando. Esta íntima unión entre saco y cordón se continuaba á lo largo del conducto inguinal, á tal extremo, que si no fuera práctica comúnmente seguida por nosotros la de incindir la pared anterior de dicho conducto, nos hubiera precisado á ello las adherencias establecidas, pues de otro modo hubiera sido imposible el aislar en debida forma el saco. Conseguido esto, ligamos el saco, pasando á través de él un catgut al ras del dedo índice introducido, previa abertura del saco, con el fin de no comprender en la ligadura ninguna víscera herniada; resecamos el saco un centímetro por debajo del punto ligado, dejando perdido el otro extremo en la cavidad del vientre; y después, suturamos con hilo de plata los labios de la pared anterior del conducto inguinal, cuyos labios fijamos previamente con unas pinzas de Pean.

Una sutura de la piel hecha con seda y á punto por cima, y sin drenaje, y un apósito correspondiente, terminaron la operación.

A los ocho días hemos quitado los puntos, estando la herida completamente cicatrizada, sin que haya ocurrido accidente alguno digno de mención en este tiempo.

El otro enfermo, de cuarenta y cuatro años de edad, sintió, á los veinticinco años, durante su estancia en la isla de Cuba, que sus ingles eran asiento de pequeños abultamientos, que consideró como de origen ganglionar por los padecimientos venéreos que había padecido.

A su regreso á España se dedicó al oficio de carpintero; y sin que su padecimiento le ocasionara grandes molestias en el desempeño de su profesión, es lo cierto que, á medida que los años pasaban, los bultos de sus ingles fueron creciendo, hasta el extremo de adquirir un tamaño muy considerable, circunstancia que le obligó á solicitar la curación de su padecimiento, ingresando en un hospital de Madrid hace próximamente tres años.

Cuenta el enfermo que en un mismo día fué operado de ambas hernias; pero que así como en la ingle izquierda no ha vuelto á notar tumoración alguna, en la derecha, antes de salir del hospital, ya presentaba la hernia casi las mismas dimensiones que ofrecía antes de ser operada.

Digitized by Google

El deseo de corregir su padecimiento le llevó al Instituto, donde pudimos apreciar una voluminosa hernia inguinal derecha, de la cual fué operado el martes 2 de Abril.

Al hacer la incisión de la piel, mejor dicho, de la cicatriz que dejara la operación anterior, notamos la consiguiente alteración de planos, así como multitud de adherencias que se iban acentuando á medida que profundizábamos, hasta llegar á un grado indescriptible, dichas adherencias, entre el cordón y el saco herniario. Con gran trabajo y cuidado fuimos desprendiendo el saco del cordón para no destrozar los elementos de éste, sobre todo el conducto deferente, continuando esta operación á todo lo largo del conducto inguinal, previa incisión de su pared anterior, hasta llegar al anillo profundo de dicho conducto. Hemos de notar de paso que á la pared posterior del conducto inguinal estaban tan íntimamente unidos los elementos del cordón, que no pretendimos romper estas adherencias, máxime no considerándolo necesario.

Ligado en su parte más profunda el saco, una vez liberado completamente y resecada la porción sobrante, procedimos á rehacer la pared anterior con sutura á puntos separados, hecha con hilo de plata. Conviene hacer constar que no percibimos restos de sutura procedentes de la operación anterior, ni indicios de que dicha pared fuera incindida; la sutura de la piel con catgut y el apósito apropiado completaron la operación que hicimos á este enfermo, que, como veis, se encuentra en perfecto estado.

Veamos ahora á qué consideraciones clínicas importantes se prestan las historias de los dos enfermos anteriormente citados.

En primer lugar debemos fijarnos en el comienzo y evolución distintos de la hernia inguinal en uno y en otro caso: en el 1.°, un esfuerzo violento, acompañado de dolor local, inició los fenómenos sensibles de su existencia; en el 2.°, sin ir acompañado de molestia alguna ni precedido de esfuerzo, el enfermo percibió una tumoración en sus dos ingles, que lentamente fué aumentando de volumen.

Acerca del origen de las hernias es preciso que el médico en la actualidad forme un criterio ajustado á la verdad científica, para, con arreglo á principios de justicia y exactitud, informar ante los tribunales, si á ellos fuera llamado, en litigios provocados por accidentes del trabajo, como con harta frecuencia ocurre.

El segundo de los enfermos que nos ocupan retrata fielmente la forma común y corriente que sigue el desarrollo de las hernias: un conducto inguinal ancho ó de paredes flácidas permite la procidencia en el anillo profundo de una víscera, y las presiones normales de la prensa abdominal van insinuando cada vez más la parte de intestino ó epiplón que primeramente apenas si se insinuaba. Si en estas circunstancias un esfuerzo violento se ejecuta, como

Digitized by Google

ocurrió en el primer enfermo, se acelera la formación de la hernia, merced á la presión extraordinaria que la parte herniada sufre de dentro á fuera, y de la desgarradura ó distensión brusca que el conducto inguinal experimenta por igual causa.

Así es, que debemos considerar siempre la aparición de una hernia inguinal como consecuencia de la organización especial del conducto y anillos inguinales, y no como una lesión producida por un esfuerzo, el cual sólo ha servido para acentuar más la enfermedad preexistente; por cuya razón no debe ser interpretado el hecho como un accidente del trabajo, aun cuando la legislación actual así lo considere.

Otra consideración que se desprende de las historias clínicas que nos ocupan, y que tiene relación íntima con la técnica operatoria, es la necesidad en que nos encontramos, si es que queremos perseguir á conciencia y á plena luz las adherencias existentes en la inmensa mayoría, por no decir totalidad, de casos, entre el cordón y el saco, de incindir en toda su extensión la pared anterior del conducto. Pues de no hacerlo así, nos exponemos á que dichas adherencias ejerzan tracciones sobre el saco, lo que da lugar á la reproducción rápida del padecimiento, como ha sucedido en el enfermo segundo, que había sido operado anteriormente.

La circunstancia de no ser necesario en ningún caso el prolongar la incisión de la piel sobre el escroto, y los peligros de infección que en caso contrario corremos, nos obligan á proceder con esta precaución; de este modo veremos curar por primera intención los operados de herniotomía, como constantemente lo venimos observando en nuestros enfermos.

Algo voy á deciros, para terminar, sobre el procedimiento que debe seguirse en la operación de la cura radical de la hernia.

Es tan grande el afán entre los cirujanos de innovar, que sería prolijo el enumerar la infinidad de procedimientos ideados y puestos en práctica para llevar á cabo una herniotomía: puede decirse que cada cirujano pregona el suyo. Yo entiendo, empero, que la inmensa mayoría huelgan, por juzgarlos ineficaces ó por tener sólo aplicación en casos especiales. En lo que debemos fijarnos exclusivamente al hacer una operación de cura radical de hernia, es en las causas que determinaron el padecimiento y en la finalidad que perseguimos, para, en conformidad de las primeras y en armonía con la segunda, realizar la operación en la forma más sencilla y más eficaz.

Ahora bien: la causa determinante de toda hernia inguinal es la dilatación previa del conducto inguinal y la poca consistencia de sus paredes; así como el fin que perseguimos es destruir la hernia existente é impedir su reproducción.

Digitized by Google

Para combatir la causa, necesitamos intervenir en el conducto inguinal de tal modo, que al operar no dejemos en él más calibre que el suficiente para el paso del cordón espermático, si se trata de un hombre, puesto que en la mujer podemos cerrar totalmente el calibre del conducto inguinal, por no importarnos las compresiones que pueda sufrir el ligamento redondo que le atraviesa. Esto lo conseguimos eficazmente mediante sutura con hilo de plata, que se tolera perfectamente, de todo el trayecto del conducto inguinal.

Pero como tanto para hacer esta sutura con más facilidad y sin peligro de comprender en ella los elementos del cordón, como para desprender el saco herniario de sus adherencias, bien sea con el cordón ó con el conducto inguinal, hasta el anillo profundo, necesitamos incindir la pared anterior del conducto inguinal en toda su extensión, consideramos no sólo útil, sino imprescindible, el hacer esta incisión previa en todos los casos de cura radical de hernia, desechando en absoluto el replegamiento de la pared anterior, propuesto por algunos.

Por no llevar á cabo este detalle de técnica operatoria tan racional, vemos reproducirse muchas hernias, como ha sucedido con el segundo enfermo de que nos ocupamos.

Para destruir la hernia, necesitamos perseguir el saco herniario hasta el anillo profundo del conducto inguinal, liberándole, como queda dicho, de todas las adherencias; después, ligar el saco con catgut lo más profundamente que sea posible, y resecar el extremo á un centímetro del punto ligado. Como para llevar á cabo todo esto á perfección nos da facilidades extraordinarias la sección de la pared anterior del conducto inguinal, insistimos en que debe ser práctica constante, por su indiscutible utilidad, la de seccionar siempre la pared anterior del citado conducto.

Una vez extirpado el saco herniario á raíz del peritoneo parietal que le forma, y suturado el conducto inguinal con hilo de plata, con las precauciones indicadas, creo habremos procedido en la cura radical de la hernia con todas aquellas precauciones que la razón y la ciencia aconsejan de consuno, para obtener el resultado satisfactorio que, me complazco en consignar, he tenido ocasión de ver en los numerosos casos en que hemos intervenido.

En cuanto á los cuidados consecutivos, nosotros aconsejamos á los operados que se abstengan de hacer esfuerzos de consideración durante un espacio de tiempo aproximado de dos meses, sobre todo en los primeros días que siguen á aquel en que se levantan, que no suele pasar del décimo á contar del de la operación; y durante dichos dos meses es conveniente que lleven una venda de franela de 12 centímetros de ancho por 6 metros de largo, aplicada en espica sobre la región operada, que sirva de refuerzo á la cicatriz reciente.

Digitized by Google

La garantía que la asepsia rigurosa proporciona en todas las operaciones, y los éxitos obtenidos por todos los cirujanos en la cura radical de la hernia, creemos son fundamentos suficientes para que el médico aconseje á todos los que tengan una hernia inguinal se sometan á una operación que les libra de las molestias del uso de un braguero permanente y de los peligros serios que no pocas veces acarrea la estrangulación, hágase ó no uso de dicho aparato.

Digitized by Google

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

HIPERCLORHIDRIA É HIPERSECRECIÓN GÁSTRICA

POR EL DR. MORENO ZANCUDO

Del Instituto Rubio.

Repugna en buena lógica admitir la hiperclorhidria como entidad morbosa perfectamente definida, debiendo considerarla más bien como un síntoma de mayor ó menor importancia, dependiente unas veces de afecciones que radican en el ventrículo abdominal y otras de enfermedades situadas, no sólo fuera de él, sino hasta del mismo aparato digestivo. Aun las mismas hiperclorhidrias neurógenas más bien deben atribuirse á alteraciones funcionales ó anatómicas del sistema nervioso que á un trastorno gástrico puramente funcional.

Aunque se trate de hechos perfectamente conocidos, conviene recordar que el ácido clorhídrico contenido en el jugo gástrico procede directamente de la sangre, y que, según observaciones hechas recientemente por Benrath y Sachs, los cloruros aportados en las sustancias alimenticias no ejercen influencia en el proceso de formación de dicho ácido. La sangre, á pesar de su alcalinidad, es, merced al cloruro de sodio que encierra, la fuente de producción del ácido clorhídrico, actuando como elemento separador, ó mejor dicho, extractor, el ácido carbónico. En virtud de la *ley de la avidez* demostrada por Thomsen, y especialmente para el ácido que nos ocupa por Maly, y la ley de la *influencia de la masa*, el ácido clorhídrico es separado de la sangre en su mayor parte del cloruro sódico, y en cantidades más inferiores del carbonato de sosa contenido también en el medio interno.

Es sabido también, merced á los trabajos experimentales de Heidenhain y Klemensiewicz, que el jugo ácido es segregado en el ventrículo abdominal por todo el órgano, á excepción de la porción pilórica, cuya secreción es alcalina y exclusivamente péptica. Así, pues, el trabajo de separación del ácido clorhídrico que el carbónico hace de los cloruros y carbonatos de sosa contenidos en la sangre se operará merced á la actividad de las células epiteliales de toda la mucosa del órgano, con exclusión de las situadas en la región pilórica, y estando subordinada en primer término esta actividad celular del aparato glandular del estómago al sistema nervioso, explícase la enorme influencia de éste en el proceso digestivo.

Explícase, pues, que dependiendo la secreción clorhídrica no sólo

Digitized by Google

del estado anatómico de las glándulas gástricas y del perfecto funcionamiento fisiológico de las mismas, sino también de la composición de la sangre y de la inervación de dichos elementos glandulares, hayan de influir en la cantidad de ácido clorhídrico que se segrega en un momento determinado, además de la excitación glandular, otra multitud de causas capaces de actuar sobre la misma. Aun en los casos de hiperacidez que aparecen en individuos con estómago perfectamente sano, que ha descrito Verhaegen, hay que suponer que radicaban en sujetos en quienes, por un estado neurótico, por alteraciones en la composición del medio interno ó por otra circunstancia cualquiera, las alteraciones de la secreción habían de responder á una lesión anatómica situada en cualquier órgano ó tejido.

Aunque se quiera circunscribir el valor de la hiperclorhidria al de un mero síntoma capaz de presentarse en gastropatías muy diferentes en su esencia, de tal manera domina la escena morbosa y supedita los tratamientos, que no puede extrañar la atención preferente que á su estudio se ha dedicado. Desde las formas levísimas, en que la hiperclorhidria se reduce á una ligera sensación de ardor, que dura apenas quince á treinta minutos y que desaparece espontáneamente ó bajo la influencia de dosis pequeñísimas de cualquier alcalino, hasta aquellas en que los dolores son continuos, los vómitos frecuentes, el estreñimiento pertinaz y la desnutrición muy marcada, hay larguísima serie de estados intermedios que es imposible clasificar en reducido número de grupos.

Semejante dificultad no sólo depende de la cantidad de ácido clorhídrico segregada. Nada más erróneo, en efecto, que establecer una relación directa entre las molestias acusadas por el enfermo y la cifra alcanzada por el ácido clorhídrico contenido en el jugo gástrico. Frecuentemente se observan individuos en quienes dicha cifra no pasa de la normal, y, sin embargo, acusan todas las molestias y trastornos propios de las grandes hiperclorhidrias, mientras que otros, en los que dicha cifra alcanza proporción muy elevada, sólo aquejan molestias insignificantes. En los trabajos practicados por mí para determinar la cifra media del ácido clorhídrico del jugo gástrico en los estómagos de los habitantes de España, he tenido ocasión de encontrar hasta cinco veces cantidades de ácido clorhídrico que oscilaban entre 2,5 y 2,9 por 1.000, sin que los enfermos acusaran ninguna molestia digestiva. La dificultad estriba principalmente en que las condiciones del sujeto tienen una influencia decisiva. De aquí ha nacido sin duda alguna la teoría de la hiperestenia gástrica en la producción del síndrome clínico que caracteriza la sobreacidez. Así como se dice que cada individuo neuropático hace su neuralgia, puede decirse también que cada hiperclorhídrico

Digitized by Google

hace su hiperclorhidria; mas si es preciso que el práctico tenga muy en cuenta que no debe medirse por la cantidad de ácido clorhídrico, libre ó combinado, la importancia morbosa de una hiperclorhidria, el análisis del jugo gástrico es de todo punto indispensable para apreciar las condiciones de integridad ó morbidismo del estómago y la significación clínica y terapéutica que aquélla pueda tener, si se considera además que en dichos análisis no sólo se aprecia la cifra mayor ó menor de ácido clorhídrico, sino también la de otros ácidos, la cantidad y condiciones del moco segregado y otra porción de elementos contenidos en el jugo sometido á la inspección.

Los tipos de hiperclorhídricos más frecuentes en nuestro pais son aquellos en que el exceso de acidez se pronuncia entre una hora y hora y media después de las comidas, alcanzan su mayor intensidad de cuarenta á sesenta minutos después de haberse iniciado las primeras molestias, y empieza á decrecer al cabo de este tiempo, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de un remedio apropiado. Apenas si se encuentran diferencias sindrómicas entre las hiperclorhidrias determinadas en personas pertenecientes á las clases acomodadas, en quienes la enfermedad es provocada por los abusos en la cantidad y calidad de los alimentos y bebidas ingeridas, y las hiperclorhidrias sometidas á nuestra observación en las consultas hospitalarias, que están en la inmensa mayoría de casos determinadas por alteraciones en el régimen, debidas especialmente á la mala y escasa alimentación, y sobre todo á la ingestión de bebidas alcohólicas.

Por distintos caminos la irritación glandular, que acompaña siempre á la hiperclorhidria, se fragua de la misma manera, y su expresión clínica es idéntica. No tanto las consecuencias de la misma; pues mientras en los individuos de las clases acomodadas sometidos á un tratamiento conveniente se llega rara vez á la erosión de la mucosa del estómago y á la secreción continua del aparato glandular, en las clases pobres la ley es que la enfermedad siga su marcha progresiva, que los períodos de remisión sean cada vez más cortos y los ataques más largos é intensos; pero esto, más que imputable á la enfermedad misma, lo es á las condiciones sociales en que viven unos y otros enfermos, condiciones que á unos permiten grandes facilidades de tratamiento y á otros imponen absoluta imposibilidad de seguir una dietética y una terapéutica racionales.

Tampoco ha de ser extraño á la distinta gravedad é importancia que la enfermedad tiene en unos ú otros el que, así como los enfermos pertenecientes á las clases acomodadas se someten á un tratamiento desde que aparecen los primeros síntomas del mal, los infelices desheredados de la fortuna sólo recurren á los auxilios de la Ciencia cuando aquél ha llegado ya á un período avanzado.

Digitized by Google

Íntimamente relacionado con el asunto que me ocupa está el hecho, que desde hace muchos años vengo observando, de que así como en mi clínica particular el número de hombres tratados excede en más del doble al de las mujeres, en la clínica del hospital, por el contrario, el número de mujeres seguramente es cuatro veces mayor que el de varones. Indudablemente debe esto atribuirse á que, estando el hombre en las clases pobres sujeto á ganar diariamente el sustento para la familia, sólo cuando las molestias son tan intensas que casi le imposibilitan el trabajo, es cuando se pone en tratamiento. Por eso raras veces he encontrado en el hospital casos de leves hiperclorhidrias, de las que curan rápidamente á beneficio de un tratamiento conveniente, siendo las más frecuentes las de hiperacidez complicada con erosiones del estómago, insuficiencia motriz del mismo y dilatación más ó menos avanzada.

Bien se comprende que esto en modo alguno prejuzga la posibilidad de la existencia de las hiperclorhidrias neurógenas puras, que á su vez hayan provocado alteraciones de la mucosa capaces de engendrar una hiperclorhidria consecutiva, llamando así á la que se determina por una irritabilidad de la mucosa, producida por el exceso mismo de ácido clorhídrico que se segrega bajo la influencia de un estado neurósico. Sea porque en este período no acuden á las consultas hospitalarias, ó porque el medio social en que viven los enfermos pobres influye para que en ellos sean menos frecuentes los estados neuróticos, es lo cierto que raras veces he tratado estas formas neurógenas en el hospital, y en cambio las veo frecuentemente en mi clínica particular, especialmente en los artistas y hombres de negocios.

Esta diferencia de condiciones en la vida social de los enfermos tiene para las gastropatías todas, y especialmente para las hiperclorhídricas, una influencia decisiva; y siquiera no alcance la determinación que otras afecciones profesionales, como las que se observan en la piel, ó en la antracosis y en la siderosis pulmonar, etc., se hace notar de una manera evidente en la expresión del padecimiento, y sobre todo en la terapéutica que hace falta seguir. De aquí que las formas benignas de la hiperclorhidria sean rarísimas en los hospitales y frecuentes en la clínica privada; y de aquí que aun para formas que presentan la misma intensidad sea preciso recomendar con frecuencia la gastroenterostomía en la clínica hospitalaria, y con más parquedad proponerla en la particular.

Un hecho bien singular es que, así como en los primeros años de mi práctica observaba rara vez la hiperclorhidria en las gentes que trabajan en el campo, ahora observo que éstas se presentan en los hospitales con tanta frecuencia como las de las ciudades. No tiene, á mi entender, otra explicación este fenómeno que el abuso del alco-

Digitized by Google

hol, que desgraciadamente se ha extendido á los trabajadores del campo, y antes se hallaba casi circunscrito á los de la ciudad, y á que los estados neuropáticos, antes rarísimos en las aldeas, constituyen hoy entre sus habitantes una especie morbosa bastante difundida. El vino, que antes era la única bebida alcohólica de los campesinos, ha sido sustituído por el aguardiente, y casi siempre aguardiente de mala calidad. No es de admirar que las irritaciones glandulares que las bebidas alcohólicas provocan en el estómago den lugar á que con mayor frecuencia se presenten las hiperclorhidrias en la gente del campo. Pero no sólo es atribuíble la hiperclorhidria al efecto local del aguardiente sobre la mucosa gástrica; lo es también á que su acción deletérea sobre el sistema nervioso y la destrucción de los protoplasmas, propia de todos los alcoholes, engendran un estado de irritación nerviosa, que se traduce por un aumento en las gastropatías secundarias á las alteraciones del sistema nervioso; es decir, á hiperclorhidrias neurógenas, determinadas por los efectos que el alcohol produce en el sistema nervioso. Directamente, pues, é indirectamente, es imputable al alcohol la elevadísima cifra de hiperclorhidrias que se observan en nuestro país. La difusión de la lucha por la existencia es otro factor que precisa añadir como elemento etiológico, que al extender entre los campesinos las neuropatías ha generalizado también la hiperclorhidria.

La dificultad de encontrar sujetos sanos, de alimentación uniforme, que se sometan voluntariamente al uso de la sonda, es causa de que no pueda presentar una estadística bastante numerosa para determinar, con todas las probabilidades de exactitud, la cifra proporcional media que alcanza el ácido clorhídrico en el estómago de los españoles. A 56 asciende el número de observaciones que en este sentido he practicado, y en ellas el término medio de ácido clorhídrico oscila entre 1,7 y 1,8 por 1.000. Puede considerarse, por tanto, que cuando esta cifra excede del 2 por 1.000, vaya ó no acompañada de molestias objetivas y subjetivas del enfermo, debe éste ser considerado como hiperclorhídrico.

No tiene duda que el número de hiperclorhídricos leves es grandísimo, y que la inmensa mayoría no consultan á los médicos, sino que se limitan en el tratamiento de su dolencia á tomar bicarbonato, magnesia ú otro cualquiera de los remedios que se anuncian en la cuarta plana de los periódicos. Por eso la frecuencia de esta gastropatía hay necesidad de deducirla más por lo que se oye en las conversaciones particulares que por las observaciones hechas en la clínica.

En gran número de estos pacientes las hiperclorhidrias terminan sus crisis favorablemente y de una manera espontánea; en otros, conducen á la exulceración de la mucosa, á la miastenia y á la dila-

Digitized by Google

tación, y sólo en estas circunstancias es cuando son observadas por los médicos. Lo frecuente es que, sea cualquiera la causa determinante de la hiperclorhidria, empiece por ataques de pequeña intensidad, seguidos de períodos de remisión muy largos, á veces de tres ó cuatros años, y que dichos ataques se hagan cada vez más intensos y los períodos de remisión más cortos. Pero no es ésta una ley que deje de ofrecer bastantes excepciones, y en mi práctica he tenido ocasión de observar ataques que empiezan desde luego con una violencia extraordinaria, y que exigen para su curación los tratamientos más radicales.

Actualmente asisto á una señora que, sin padecimiento alguno anterior ni hereditario que se pueda relacionar con el que ahora sufre, tiene un ataque de hiperclorhidria de los más graves, acompañado de dolores intensos, retención de materiales alimenticios por estenosis pilórica y vómitos que se producen hasta ocho y nueve veces al día, constituídos por las materias ingeridas acompañadas de gran secreción de jugos ácidos. El análisis del jugo gástrico después de la comida de ensayo de Ewald y Boas, acusa la existencia de un jugo cuya acidez total es de 102, y el ácido clorhídrico de 4 por 1.000. Por el recogido en ayunas después de un lavado hecho la noche anterior, se pudieron obtener 120 centímetros cúbicos de un líquido ligeramente opalino, y cuya acidez, determinada por el ácido clorhídrico, era de 1,2 por 1.000. La hiperestesia gástrica de esta paciente es tal, que lleva catorce días de usar la sonda, y es para su estómago tan intolerable la presencia de la misma como el primer día.

Pudiera añadir á la anterior algunas observaciones parecidas, en las que la hiperclorhidria aparece desde luego con caracteres extraordinarios de agudeza. Todas, sin excepción, han recaído en sujetos neuropáticos.

Es difícil sorprender la hiperclorhidria aislada, es decir, la forma neurógena de la superacidez, porque, á poco que su duración se prolongue, se ven aparecer en la mucosa del estómago lesiones determinadas por el contacto de la misma con un jugo gástrico excesivamente ácido. De aquí que las secreciones mucosas exageradas, sintomáticas de un estado catarral, las erosiones y hasta verdaderas ulceraciones se observen en las hiperclorhidrias cuando llevan algún tiempo de duración sin presentar las remisiones que son en ellas tan frecuentes.

Bajo la influencia de un tratamiento apropiado unas veces, y espontáneamente otras, es frecuente la desaparición de la hiperclorhidria, cayendo la cifra del ácido clorhídrico muy por bajo de la normal. Constantemente he tenido ocasión de observar en mi práctica casos de este género, que explican diagnósticos diametralmen-

Digitized by Google

te opuestos, formulados por diferentes profesores que han visto un mismo enfermo en etapas diversas de su enfermedad.

En la Revista titulada *Clínica Moderna*, de Zaragoza, publicó no hace mucho el Dr. Royo Villanova el caso de un enfermo que había sido tratado por el Dr. Hayen, de París, y por mí, y diagnosticado por ambos de hiperclorhídrico, al contrario de lo que sucedía en el momento en que fué visto por el Dr. Royo Villanova, que lo encontró hipoclorhídrico. Preguntábase éste cómo era posible que el doctor Hayen y yo hubiéramos incurrido en tan patente error de diagnóstico, y lo atribuía á las diferentes condiciones en que fué por unos y otro reconocido el enfermo.

Para designar este cambio en las condiciones del jugo gástrico, decía el Sr. Royo Villanova que era preciso admitir un quimismo alternativo. En mi sentir, la explicación de esto es muy sencilla. Mucho antes de haber observado este caso, había hecho ya notar el mismo fenómeno en una de las lecciones dadas por mí en el Instituto Rubio, haciendo á mis oyentes la recomendación de que se investigara con frecuencia el jugo gástrico de tales enfermos, por las enormes diferencias de composición que presentaba en los diferentes períodos que la enfermedad recorre.

Dudaba yo entonces de si podría tratarse de lo que llamaba *un exceso de corrección,* debido al tratamiento por los alcalinos, ó simplemente de un agotamiento funcional del aparato glandular del estómago, consecutivo á la exaltación á que había estado sometido durante un espacio de tiempo más ó menos largo; hoy, después de la observación de muchos casos de análoga índole, doy poquísimo valor al tratamiento en la producción de este fenómeno, y, en cambio, creo de valor decisivo lo del agotamiento funcional.

Otras veces este cambio en la composición del jugo gástrico no puede atribuirse ni á los efectos del tratamiento, ni á la depresión puramente funcional del aparato glandular del estómago, sino á las lesiones anatomo-patológicas que la evolución del proceso va fraguando. Ejemplo de esto lo constituyen las llamadas dispepsias pretuberculosas ó las que se desenvuelven en tuberculosos bien caracterizados, que en sus comienzos son, en la mayoría de los casos, hiperclorhídricas, y acaban casi siempre por hacerse anaclorhídricas bajo la influencia del proceso de inflamación que progresivamente se va desenvolviendo, hasta constituir el llamado estado mamelonar de la mucosa gástrica. Otro tanto pudiéramos decir de las gastritis crónicas que, empezando por un simple proceso irritativo que aumenta la función secretoria del estómago, terminan por otro destructivo con atrofia más ó menos completa del sistema glandular del estómago.

De cualquier modo que sea, estos hechos imponen la necesidad

Digitized by Google

de repetir á menudo los análisis del jugo gástrico para evitar errores de tanta trascendencia como el que estuve á punto de cometer no hace mucho en un enfermo que se presentó en mi consulta particular aquejando inapetencia absoluta; vómitos, unas veces de alimentos y otras hemáticos; dolor poco acentuado en la región epigástrica, desfallecimiento general é hipoazoturia. El recogido del jugo gástrico, hecho al día siguiente, demostró un descenso considerable en la cantidad de ácido clorhídrico, 0,3 por 1.000; gran cantidad de moco, bilis y algunos residuos alimenticios del día anterior.

Con tales datos, manifesté á un médico, pariente suyo, que le acompañaba, que probablemente se trataba de un cáncer gástrico, juicio que favorecía la edad de sesenta y cinco años que tenía el enfermo. De todas maneras, como la presencia de gran cantidad de moco y los residuos alimenticios hacían indispensable el uso de los lavados gástricos, procedí al empleo de este recurso terapéutico; y con gran sorpresa mía, á los cuatro ó cinco días de tratamiento varió completamente de aspecto la enfermedad. La cifra del ácido clorhídrico se fué elevando gradualmente; y lo que en un principio presentaba todos los caracteres de una degeneración neoplásica, quedó convertido, al cabo de nueve ó diez días, en un ataque de hiperclorhidria por gastritis ácida, con gastroectasia, que mejoró notablemente con el tratamiento usual de esta clase de gastropatías. Posteriormente he tenido ocasión de tratar dos veces á este enfermo de ataques bien marcados de hiperclorhidria, en el último de los cuales, que ha durado los meses de Enero y Febrero del presente año, pude al fin del ataque repetir la observación que fué causa de mi error la primera vez que le reconocí; es decir, un descenso en la cifra del ácido clorhídrico, que llegaba casi á la completa anaclorhidria.

Las formas de superacidez continua son atributo exclusivo de los neurósicos. En nuestro país esta forma se presenta, si no exclusivamente, cuando menos en un tanto por ciento muy elevado en los artríticos; pero, de todos modos, el síndrome morboso que revisten estas afecciones no dejan lugar á duda sobre el importante papel que los trastornos del sistema nervioso desempeñan en ellas. Así como en la hiperclorhidria simple y en los sujetos en quienes la afección está determinada por estados catarrales de la mucosa, cuando es sintomática de la diabetes, de la clorosis, etc., la secreción del jugo hiperclorhídrico se observa siempre de una manera intermitente, en estos otros es continua, siquiera se acentúe en diferentes horas del día, como después de las comidas, los trabajos intelectuales ó cualquiera otra circunstancia, que de una manera directa ó refleja provoca excitaciones en el aparato glandular del estómago.

Digitized by Google

Uno de los casos más notables de esta índole, que he tenido ocasión de observar, recaía en un muchacho de veintitantos años de edad, natural de la provincia de Santander, neurasténico por herencia y *per se*, que acusaba constantemente síntomas de hiperacidez gástrica. Vista la ineficacia de los medios empleados y que los alcalinos más poderosos, las aplicaciones electroterápicas, el amasamiento y el lavado mismo del estómago no le proporcionaban más que pequeñas treguas de algunos minutos, hice un día un recogido gástrico con la bomba á los cinco minutos de haber lavado el estómago con agua destilada hasta dejarlo completamente extinto de toda acidez. Después del citado descanso de cinco minutos, pude recoger, por el medio expresado, una pequeña cantidad, 10 á 12 centímetros cúbicos, de jugo gástrico, en que el ácido clorhídrico representaba una cifra de 2,7 por 1.000. Este caso, y en general todos los de secreción continua hiperclórica, corresponden más bien á los de hipersecreción, de que me ocuparé en otro artículo, que á los de hiperclorhidria.

Desde luego se comprende que, aun cuando primitivamente sean de origen nervioso, no pueden subsistir acideces tan excesivas sin dar lugar á alteraciones graves por parte de los elementos anatómicos del estómago. Alguna vez la extinción de la función glandular llega á hacerse completa y permanente, y en este caso los enfermos soportan todas las molestias consecutivas á un estado de verdadera aquilia gástrica, con las alteraciones de motricidad gástrica é intestinal que acompañan siempre á tales perturbaciones y los trastornos generales de inervación y nutrición consecutivos á digestiones tan imperfectas como las que se realizan en condiciones tan desfavorables.

Es frecuente que no lleguen los enfermos á este estado de aquilia, quedando el proceso reducido á la destrucción glandular de porciones más ó menos grandes del estómago por procesos esclerósicos circunscritos, y funcionando el resto. En esta categoría de enfermos es preciso incluir á aquellos que, después de haber soportado largos años las molestias de hiperclorhidrias, á veces intensísimas, y de ataques muy prolongados, al llegar á cierta edad de la vida notan que estas molestias desaparecen para dar lugar á estados, si no completamente hígidos, exentos cuando menos de grandes trastornos. Semejantes hechos obsérvanse, no sólo en enfermos que han sufrido hiperclorhidrias leves, sino en otros que han llegado á estar bajo la influencia de la misma ulceración, acompañada de grandes hemorragias.

Al dilucidar el carácter clínico de la hiperclorhidria es preciso diferenciar la hiperclorhidria alimenticia, forma la más frecuente, sobre todo en los comienzos de la enfermedad, de la hipersecreción

Digitized by Google

continua, de la que el caso anteriormente citado constituye un ejemplo bien característico. Además de esto, puede un enfermo presentar todo el síndrome clínico de la hiperacidez por exceso del HCl en el jugo gástrico, y sin embargo la cifra de éste preséntase en el análisis muy inferior á la normal, debiéndose á los ácidos orgánicos las molestias que el paciente refiere.

Cuantos frecuentan la clínica saben, en efecto, que las sensaciones subjetivas acusadas por los enfermos encierran casi siempre tal vaguedad que es imposible sacar de su relato deducciones precisas para formular un diagnóstico exacto y estatuir un régimen higiénico y terapéutico corrientes. Diariamente se oye á los enfermos quejarse de sensaciones de ardor en el estómago, que sube hasta la faringe, acompañadas de molestias más ó menos acentuadas y dolorosas en el epigastrio, de expulsión de gran cantidad de aguas al transcurrir una ó dos horas de haber ingerido los alimentos, coincidiendo con la pirosis; de eructos y vómitos agrios, estreñimiento pertinaz y, en una palabra, de todos los síntomas que caracterizan la hiperclorhidria, y sin embargo el análisis del jugo gástrico demuestra un descenso en la cantidad de HCl.

En otros, por el contrario, las molestias acusadas por el enfermo se limitan á una sensación de peso que aparece á las dos ó tres horas de las comidas; desarrollo excesivo de gases y alteraciones catarrales del intestino, y no obstante son portadores de hiperclorhidrias verdaderas.

Aunque la teoría de la hiperestesia se presenta con tantos caracteres de verosimilitud, la clínica demuestra evidentemente que en muchos la hiperestenia y la hiperclorhidria constituyen dos factores distintos. La relación entre la intensidad de las molestias francamente hiperesténicas acusadas por el enfermo, y aun las determinadas de una manera más precisa por el algesímetro de Boas, y la cifra de ácido clorhídrico encontrada en el jugo gástrico, no guardan en muchísimos casos la perfecta armonía que sería necesaria para establecer entre ambos elementos (exaltación nerviosa y exaltación secretoria) una solidaridad perfecta, ni, lo que es más notable aún, deja de ser frecuente la observación de enfermos en los que desaparece la irritabilidad nerviosa y subsiste la hiperacidez clórica, y otros, por el contrario, en que desciende considerablemente la cifra del ácido clorhídrico contenido en el jugo gástrico, y los fenómenos morbosos apenas sufren modificación alguna.

Aunque la sagacidad del clínico puede en muchos casos suplir los elementos diagnósticos suministrados por otros procedimientos de investigación, desde el momento en que éstos evidencian de una manera precisa el verdadero estado del enfermo y las condiciones en que se efectúa la digestión gástrica, es incuestionable el deber

Digitized by Google

del médico de recurrir á ellos y no confiar al azar lo que puede conocerse de una manera cierta. Se impone, pues, la necesidad de practicar el análisis del jugo gástrico, único medio de comprobar ó rectificar el juicio previamente formado. Más aún: estos análisis es preciso repetirlos con intervalos de tiempo que sólo pueden señalar las circunstancias propias de cada enfermo.

Aun prescindiendo de los casos citados más arriba de *quimismo alternante,* he tenido ocasión de observar muchos en los que una hiperclorhidria sostenida durante largo tiempo ha terminado por un descenso de acidez en el jugo gástrico, que me ha obligado, cuando por repetidos análisis me he convencido de su persistencia, á variar de una manera radical el tratamiento. Lo más frecuente es que tales cambios se efectúen con lapsos de tiempo muy largos; pero, aunque excepcionalmente, estas variaciones tienen lugar con rapidez grandísima otras veces. Un ejemplo notable de esto último pude observar en el mes de Noviembre del año anterior, en que fuí llamado para ver en Sevilla una señora que sufría un padecimiento gástrico, caracterizado por inapetencia, vómitos mucosos, estreñimiento y fenómenos nerviosos histeriformes. El análisis del vómito, hecho mucho tiempo antes de que yo viera la enferma, permitió comprobar el HCl en gran cantidad. Por la inspección del vientre se pudo reconocer la existencia de una gastroectasia bien evidente. Practiqué el recogido del jugo gástrico, que daba reacciones debilísimas de ácido clorhídrico (0,03 por 1.000): hiciéronse nuevos ensayos dos días después, y los reactivos de Boas y Günzburg acusaron, con bastante intensidad, la presencia del ácido clorhídrico, que al siguiente día descendió á la cifra primeramente encontrada. Aunque mis ocupaciones me obligaron á dejar Sevilla, alejándome, por tanto, de la enferma, los análisis que de una manera sistemática he seguido practicando, y sobre todo la inteligente cooperación de los profesores encargados de la enferma, han permido comprobar, pasadas las breves intermitencias observadas en los comienzos de mi asistencia, que la cifra de ácido clorhídrico se sostiene en grado superior á la normal. Al mismo tiempo la enferma ha experimentado gran mejoría en los demás síntomas, persistiendo únicamente una hipersecreción evidente, aunque menos acentuada que en la fecha en que vi la enferma.

Del ejemplo citado, y otros que pudiera añadir, dedúcese la necesidad de estudiar detenidamente los enfermos y emplear siempre los múltiples medios de investigación de que hoy dispone el médico, por seguro que parezca el diagnóstico deducido de la numeración de los síntomas referidos por el enfermo, y de la percusión, palpación y auscultación del vientre.

Los análisis deben practicarse siempre en las mismas condicio-

Digitized by Google

nes: igual comida de prueba, recogido al mismo espacio de tiempo de ésta, etc., etc., pues es sabido de qué manera tan decisiva influyen en la composición del jugo gástrico las circunstancias en que se hace la extracción del mismo. El tiempo transcurrido entre la comida y el recogido es sobre todo de excepcional importancia. Aunque se admita con Pawlow que la secreción ácida del estómago es invariable durante todo el curso de la digestión, debiéndose el descenso en la cantidad de ácido clorhídrico del jugo gástrico á la alcalinidad del mismo por el muco segregado por el estómago, es lo cierto que dicho descenso aparece, de una manera constante, después de dos horas de una comida ligera y de sesenta á ochenta minutos después del almuerzo de prueba de Ewald. Semejante hecho, comprobado por cuantos clínicos y fisiólogos han practicado investigaciones en el proceso digestivo, ha sido recientemente demostrado por Carnot y Chassevant, quienes han visto además que el descenso en la acidez coincide con el aumento en la concentración molecular de las soluciones hipotónicas contenidas en el ventrículo abdominal.

El estudio de la hiperclorhidria entraña, pues, interés grandísimo para el práctico, hallándose estrechamente relacionados con él problemas de fisiología y de clínica, en los cuales quedan aún muchos puntos por esclarecer, y que sólo podrán dilucidarse merced á los continuos experimentos é investigaciones de que el proceso digestivo está siendo objeto desde hace algunos años.

LA CURA POR LA **BABEURRE** EN LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS Y LAS TOXIDERMITIS INFANTILES

POR EL DR. CELESTINO MOLINER

Profesor-jefe del Dispensario de enfermedades de niños del Instituto Rubio.

La *babeurre* es un producto formado por la leche, sometida á cierta preparación, que da por resultado la disminución de la manteca, la disgregación de la caseína y la formación de ácido láctico.

Esta leche incompleta, llamada también *suero de nata* ó *leche batida*, tiene un color ligeramente amarillo-verdoso, una densidad de 1.035 y una reacción francamente ácida; estando en reposo la caseína, precipita en forma de grumos blandos y pequeños. Es, pues, un alimento pobre en mantecas grasas, rico en ácido láctico, y abundante también en azúcar, que está representado por la lactosa que la leche contiene y el azúcar de caña que se adiciona en la preparación. La caseína no resulta disminuída, á la inversa de lo que ocurre con las leches llamadas maternizadas, en las que esta sustancia está en menores proporciones.

Digitized by Google

El análisis químico de una muestra de *babeurre,* practicado en el laboratorio de Heubner, da la siguiente composición:

Albúmina.....	de 2,5 á 2,7 por 100.
Grasa.....	» 0,5 á 1 »
Azúcar.....	» 3 á 3,5 »
Ácido láctico.....	7. c. c. $^1/_1$ nNaOH por 100 c. c.

La acidez de la *babeurre* es muy variable en cada preparación, según el método de obtención y el momento de practicar el análisis. En los análisis de Hammersten la cantidad de ácido láctico libre era de 0,34 por 100; en los que practicó Delanghe se elevó á 0,78.

La *babeurre* puede ser también preparada con leche fresca; en este caso, naturalmente, la acidez es muy inferior á las cifras señaladas. Los dos análisis siguientes, el uno de *babeurre* hecha con leche agria (método holandés) y el otro con leche fresca (método francés), pueden servir de parangón para comprender las diferencias.

	Leche fresca.	Leche agria.
Densidad.....	1.035	1.035,8
Manteca.....	2,50	2,96
Caseina.....	35	34,68
Lactosa.....	49,60	44,52
Residuos minerales.....	6	6,40
Ácido láctico.....	0,15	2,50

Tal es la composición de la *babeurre;* pero no se da á los niños generalmente en esta forma, sino que, como luego veremos, al someterla á la cocción se le adiciona cierta cantidad de azúcar y una pequeña parte de harina que aumenta la consistencia del líquido hasta asemejarlo á una leche espesa.

La calidad de la harina no es indiferente; según los experimentos de Teixera de Matos, la buena harina de arroz en presencia de la *babeurre* se transforma en hidratos de carbono solubles en la proporción de 62 por 100, mientras que la harina de trigo solamente es transformada en un 43 por 100.

La adición de azúcar es un detalle de importancia, tanto por el sabor agradable cuanto por el valor calorígeno que adquiere el alimento, el cual de otro modo sería insuficiente. No es conveniente emplear la lactosa, que con frecuencia produce trastornos digestivos: Gros ha demostrado que el índice de asimilación para una solucion de lactosa al 25 por 100 es de 3 gramos á 3,6 por kilogramo de peso, á excepción de la lactosa de leche de mujer, cuya absorción es de cerca de 10 gramos por kilogramo.

Ahora bien: el azúcar total de la *babeurre,* representado por una

Digitized by Google

solución de un 11 á 13 por 100, es asimilado hasta la cantidad de 25 gramos por kilogramo (y si se descuenta el azúcar adicionado, de 15 á 18 gramos por kilogramo), y esto sin molestias ni desórdenes digestivos. No se encuentra azúcar ni en las materias fecales ni en las orinas (Teixera de Matos).

Copiamos de la Memoria de Caro los tres análisis comparativos siguientes:

LECHE DE MUJER

Materias albuminoídeas	1,02 por 100.
Materias grasas	3,5 »
Azúcar	7 »

LECHE DE VACAS

Materias albuminoídeas	3 por 100.
Materias grasas	3,4 »
Azúcar	4,5 »

BABEURRE

Materias albuminoídeas	3,4 por 100.
Materias grasas	1,55 »
Azúcar	4,22 lactosa. 5,78 azúcar.

Los análisis hechos por el Dr. Lan en diez muestras diferentes de leche dan de 2,80 á 4,74 de materias grasas; la media de 17 análisis de *babeurre* ha sido de 1,3; á pesar de tan notable diferencia en la proporción de sustancias grasas, el valor calorígeno de la *babeurre* parece superior al de la leche de mujer y al de la leche de vacas. Bunge admite para la primera 700 calorías y para la segunda 650 (por litro), mientras que Salge ha llegado á demostrar en el laboratorio de Budner que la misma cantidad de *babeurre* es = 714 calorías.

Antes de ser objeto de estudios y experimentos médicos, se sabe que el suero de nata no solamente era utilizado para la cría y cebamiento de animales domésticos, sino que los aldeanos de algunas comarcas holandesas lo vienen empleando de tiempo inmemorial para la alimentación de los niños de pecho. Un médico holandés, Ballot, que ha consagrado sus estudios á tan interesante asunto, llamó la atención de sus colegas acerca de este hecho, y en 1895 Jager (de Stens) publicó el primer trabajo científico que se conoce, que fué traducido al alemán en 1898, de cuya fecha parte el conocimiento y el favor que se dispensó, principalmente en Alemania, al nuevo producto, sobre el cual han hecho estudios y observaciones, entre otros,

Digitized by Google

Soltman en Leipzig, Heubner y Salge en Berlín, Davenière en París, etc.

En la sesión del 26 de Septiembre de 1901 del Congreso Médico de Hamburgo, Salge y Card dieron cuenta de las observaciones recogidas en la clínica de niños de pecho de la Caridad, de Berlín, y después de una animada discusión quedó patentizada la bondad del suero de nata en el tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo en la primera infancia.

A contar de aquella época, se han publicado numerosos trabajos en memorias y comunicaciones que han confirmado las observaciones anteriores. En el verano de 1904 Dècherf emplea la *babeurre* en el cólera infantil, las gastro-enteritis agudas ó crónicas y la enteritis muco-membranosa, y las conclusiones de su informe leído en el Congreso de Medicina de París en la sesión del 26 de Octubre de 1904 son una recomendación entusiasta de esta alimentación. Mery y Guillermont lo ensayan también en el tratamiento de la dispepsia, y en el día, según asegura Davenière, su empleo se ha extendido y generalizado á los principales servicios de niños pequeños, así como también á Bordeaux, Lieja, Dresde, etc., confirmándose siempre esta afirmación de Baginsky, que en 1902 decía: «la leche de nata ó *babeurre* es superior á todos los preparados nutritivos conocidos»; de suerte que no hay exageración alguna en decir que este sistema de alimentación no tiene rival en las formas, tan rebeldes como graves á veces, de la dispepsia de los niños de pecho.

Pero en donde la cura por la *babeurre* puede calificarse con justicia de *maravillosa*, según las observaciones clínicas publicadas por Davenière en el último Diciembre, es en las toxidermitis infantiles, que han sido hasta aquí la desesperación de pediatras y dermatólogos.

La etiología de estas dermatosis, aparte de la influencia predisponente de ciertas taras patológicas, y excepción hecha de las infecciones específicas, es siempre una auto-intoxicación de origen alimenticio favorecida alguna vez, aunque transitoriamente, por la dentición. Un régimen defectuoso para el niño de pecho, por la insuficiencia, por la mala calidad del alimento, el destete precoz ó la sobrealimentación, dan lugar á la dispepsia, que es el hecho inicial; luego vienen las fermentaciones anormales y la producción de venenos, y, por último, los brotes á la piel, que son la expresión clara de la intoxicación del organismo; entre estas causas, Bellot Comby y Millon creen que la sobrealimentación es el origen de los trastornos digestivos y de las dermatosis; Marfan, en sus lecciones, insiste particularmente en convencer de que la lactancia mal reglada es la causa á la que debe imputarse el ezcema de los niños de pecho, así como Budin y su discípulo Pierra creen también que la simple so-

Digitized by Google

brecarga era por sí sola causa de intolerancia gástrica, de dispepsia y de brotes cutáneos.

Además, la leche de la madre puede sufrir importantes modificaciones, debidas á la alimentación más ó menos rica en sustancias azoadas, á la falta de ejercicio físico, á las emociones y hasta la vuelta de la menstruación; modificaciones de las cuales resulta un cambio en sus condiciones químicas y en su digestibilidad, del cual la consecuencia puede ser también, aunque de un modo excepcional, la producción de la dispepsia y las fermentaciones anormales.

Véanse como demostración los dos análisis siguientes de leche procedente de una mujer á la que se ha cambiado la alimentación (Gautier):

	Alimentación pobre.	Alimentación fuerte.
Albuminoides	24,1	26,5
Grasas	29,8	44,6
Azúcar	60	67

Y por ello se comprueba que una alimentación excesivamente azoada puede casi aumentar en un cuarto la cantidad de sustancias grasas contenidas en la leche. Cuando la menstruación se presenta y se sostiene la cantidad de leche, disminuye en cada época menstrual, baja la proporción del azúcar y aumenta la cantidad de manteca y caseína. Por fortuna, esto sucede de un modo excepcional con la lactancia materna, que es la alimentación ideal; en cambio, todos sabemos cuán graves y frecuentes son los trastornos patológicos resultantes de un destete anticipado, de una lactancia artificial mal dirigida, ó de otra mercenaria á distancia.

Los niños mal alimentados ó sobrealimentados ofrecen dos tipos morbosos aparentemente opuestos: el uno, tipo verdaderamente florido, con una curva de peso superior á la normal, sin otro desorden digestivo que la astricción; en él forma un singular contraste su magnífico estado general con sus repulsivas y extensas dermatosis; el tipo opuesto presenta un aspecto con frecuencia desconsolador: los niños están atrésicos, su vientre es voluminoso, sus piernas están flácidas y delgadas, y los trastornos gastro-intestinales, vómitos, diarrea ó astricción, cólicos y flatulencias, coinciden con las toxidermitis, dando idea clara esta unidad patológica de la relación que unas y otras manifestaciones tienen con las fermentaciones anormales que tienen lugar en su aparato digestivo.

Czerny, Spillman, Darfan y otros han intentado determinar la naturaleza de los venenos intestinales, sin haber llegado todavía á resultados precisos; en cambio, son interesantes y muy demostrati-

Digitized by Google

vos los experimentos realizados por Lesne para comprobar la toxicidad de las orinas en el curso de las dispepsias y gastro-enteritis infantiles; en las formas intensas en que la secreción es escasa y densa, la toxicidad es muy grande, pues 20 centímetros cúbicos por kilogramo en inyección intravenosa producen la muerte de un conejo en veinticuatro horas (de 80 á 100 son necesarios de orina normal); y 1,20 de c. c. en inyección intracerebral dan el mismo efecto en lugar de medio centímetro de la normal.

Al discutirse la etiología del prúrigo, en el Congreso Médico internacional de Londres, Geulard le asignó como punto de partida la intoxicación intestinal de origen alimenticio; Comby y Tomaselli establecen la misma etiología para la urticaria, y Rey publica numerosas observaciones, en las que se ve patente la relación que existe entre los eczemas y los trastornos gastro-intestinales de la primera infancia.

Para concluir esta indagación etiológica y patogénica, transcribiremos la opinión de Jules Simon, que dice: «No solamente la mala dirección de la alimentación produce perturbaciones digestivas, sino que origina también erupciones variables, eritemas, herpes, eczemas, forúnculos, impétigo, liquen, urticaria; en una palabra, un gran número de dermatosis que reconocen por causa principal el mal funcionalismo digestivo; no consideréis estas dermitis de causa local, y atender á regularizar la alimentación, porque el origen de todo el proceso está en la dispepsia».

Hay también muchos niños que á pesar de estar sometidos á una alimentación bien reglada son dispépticos para la leche común, y hasta para la de mujer, por la imposibilidad, que pudiéramos llamar idiosincrásica, de digerir las sustancias grasas (Marfan cita casos en los que tuvo que emplear la leche desnatada); así como otras veces la coagulación brusca y en bloque de la caseína dificulta mucho la digestión gástrica; estos niños que, después de largo rato de alimentados, expulsan la leche en forma de coágulos gruesos de la consistencia del queso fresco, deben ser alimentados, según aconseja Leo Lansgtein, con leche previamente coagulada.

La leche de nata debe, sin duda, á estas dos circunstancias en gran parte su gran digestibilidad, pues, como hemos visto, en ella está disminuida la cantidad de materias grasas y la caseína finamente disgregada; en tal concepto, la *babeurre* debe considerarse como un alimento recomendable por su digestibilidad y por su valor calorígeno en todos los casos que, aun sin llegar á ser patológicos, se señalan por la intolerancia á la lactancia bien reglada artificial ó materna.

La *babeurre* puede considerarse también como un preparado farmacológico, pues bajo una forma fácil, y podríamos decir hasta na-

Digitized by Google

tural, permite administrar un medicamento cuya acción antiséptica y astringente á la vez presta grandes servicios en la terapéutica infantil: nos referimos al ácido láctico, que en mayor ó menor proporción es uno de los elementos de composición de la *babeurre;* Hayen y Lesage fueron los primeros en instituir esta medicación contra la diarrea y la enteritis, que hoy es seguida por todos los pediatras; también ha sido empleado, con lisonjero éxito, por Castel Ivailey y otros contra las dermatosis infantiles.

En síntesis, la *babeurre* es un producto complejo que subviene á la alimentación en la insuficiencia gástrica, á la vez que detiene las fermentaciones anormales del intestino haciendo desaparecer las dermatosis causadas por la auto-intoxicación.

Las doce observaciones clínicas publicadas por Davenière comprenden cuatro casos de estrophulus, y los ocho restantes de eczema generalizado; la edad de los enfermitos está comprendida entre uno y veinticuatro meses, y excepción hecha de uno eczematoso, en el cual quedó un poco de erupción en los muslos, todos ellos llegaron á curar haciendo uso de la *babeurre,* cuando más tarde, en diez y seis días, y algunos en los cuatro ó cinco días primeros de la cura.

Si alguna vez el éxito no ha correspondido á las esperanzas, es debido á la mala calidad, á la impureza ó á la falsificación del producto, cuando éste es preparado por la industria; pero cuando se hace en casa, según la manera indicada por Teixera de Matos y Jacobson, parece incontestable que la *babeurre*, además de ser un alimento precioso que puede utilizarse de un modo temporal en los casos patológicos, es además una medicacion que constituye un recurso de gran valor para el médico paidópata ó para el dermatólogo, cuya paciencia llega á agotarse ante la tenacidad desesperante de las dermatosis infantiles.

La preparación de la *babeurre* es una operación que exige paciencia y pulcritud, por lo cual para adquirir una garantía completa de su bondad es conveniente hacerla en el propio domicilio.

No creemos pertinente, por no molestar la atención de nuestros benévolos lectores, descender á detallar las pequeñas particularidades referentes á la preparación de la *babeurre*; pero daremos una idea general del procedimiento, sin la cual creemos que este modesto trabajo pecaría de incompleto.

El procedimiento de Ballot comprende tres tiempos: 1.°, acidificación de la leche; 2.°, separación de la manteca; y 3.°, esterilización.

La acidificación se consigue dejando agriar la leche, *que no ha de haber sido calentada previamente,* en una habitación cuya temperatura sea de 18 á 20 grados; generalmente tarda veinticuatro horas en agriarse y quedar coagulada la caseína; pero se puede abre-

Digitized by Google

viar mucho este tiempo, si se mezcla á la leche, á modo de levadura, una cucharadita de *babeurre* del día anterior; se conoce que la leche está convenientemente preparada por su olor agrio y su consistencia caseosa, pero no debe utilizarse cuando se ha llegado á separar el suero que queda en la superficie, de la caseína y la manteca, que ocupan el fondo de la vasija.

2.° La separación de la manteca se hace por el batido, en un tiempo de treinta á cuarenta y cinco minutos, y entonces se ve en el líquido un número grande de granulillos del tamaño de una cabeza de alfiler, que son una parte de la manteca, los cuales se quitan pasando la leche por un colador claro.

Este es el suero que se utilizó en los primeros ensayos, pero que hoy no se aconseja por nadie en esta forma.

3.° La esterilización se obtiene por la cocción: primeramente se diluye en frío una pequeña cantidad de harina alimenticia; preferentemente debe emplearse la de arroz. Se pone después el líquido á cocer á fuego lento de modo que tarde en hacer la primera ebullición de veinticinco á treinta minutos; se disuelve una cantidad de azúcar de caña proporcionada á la de leche, y cuando ha hervido por tres veces se retira, dejándola enfriar lentamente.

El método francés no se diferencia del anterior en otra cosa que en emplear la leche fresca, aunque no del todo, en vez de la leche agria, y en que la separación de la manteca ó desnatación, en vez de hacerse por el batido, se hace por el reposo.

Nosotros hemos preparado la *babeurre* por los dos procedimientos: por el primero hemos obtenido un líquido de un color ligeramente amarillo-verdoso, de un sabor ácido agradable, que tiene en suspensión la caseína en forma de finas granulaciones. El análisis de esta muestra, que debemos al tan competente químico señor Caruana, á quien quedamos sumamente agradecidos, nos demostró que la densidad de aquélla es de 1.045, y la cantidad libre de ácido láctico de 0,07 por 100. La muestra obtenida por el método francés (cuyo análisis no tenemos por no disponer de tiempo para dar este artículo á la imprenta de la REVISTA) es de un color muy parecido al de la leche pura de vacas, no tiene olor ninguno, la densidad parece un poco menor, y su sabor resulta muy agradable, sin acidez apreciable al paladar.

¿Qué procedimiento es preferible?

Nosotros creemos que cada uno tiene indicaciones diferentes. Como por el método holandés la leche contiene una cantidad notable de ácido láctico libre, y en Holanda y en Alemania es de esta *babeurre* agria la que se ha empleado para el tratamiento de los trastornos gastro-intestinales, esa misma deberá también seguirse administrando en el cólera infantil, la gastro-enteritis, la dispepsia,

Digitized by Google

así como la *babeurre* fresca, sola ó combinada con la anterior, debe ser la que usemos en las toxidermitis, como lo están haciendo los médicos franceses, que la consideran como una verdadera medicación específica.

El modo de administración de la *babeurre* depende de la edad del niño, de su estado y de las indicaciones que cada caso particular ofrezca. En primer término debemos hacer constar que tanto como alimento, como si se le considera como preparado farmacológico, es de una inocuidad absoluta y completa, y se puede dar la *babeurre* como *único alimento durante muchos meses*, como en los casos citados por Jacobson, y con curvas de peso que demuestran que subviene á las necesidades de la nutrición en la primera infancia. Ballot permitía usar la *babeurre* sin reglamentación alguna, lo cual ha parecido á todos los autores que podría conducir á la sobrealimentación. Se debe regular esta alimentación por los mismos preceptos aconsejados para la lactancia artificial ó materna. Debe administrarse como alimento exclusivo durante algunos días solamente, como régimen de paso á la lactancia, después de la dieta hídrica á que sometemos á los niños enfermos de gastro-enteritis ó de cólera infantil. Se puede dar también la *babeurre* en los niños sanos sometidos á lactancia materna insuficiente, y en este caso puede darse alternando con las tetadas ó á la terminación de cada una de ellas como complementaria.

En los niños tratados por la *babeurre* de trastornos digestivos ó de toxidermitis, se observa con frecuencia la vuelta al mismo estado cuando el tratamiento se interrumpe bruscamente; en este caso, lo conveniente será cambiar lentamente el género de alimentación, mezclando pequeñas cantidades de leche con *babeurre*, y aumentándolas progresivamente hasta suprimir aquélla del todo.

Puede suceder, según Shlossman, que el aumento de peso no sea suficiente, debiendo entonces añadirse un poco de nata á la *babeurre*; pero esto nunca será conveniente hacerlo en los niños atacados de alteraciones digestivas de alguna importancia. Se puede mezclar la *babeurre* con harinas alimenticias en forma de papillas. Salge recomienda mucho la harina malteada alcalina, que puede reemplazarse por la harina de arroz, de trigo ó de avena tostada.

La cantidad empleada, ya por medio del biberón, ya en forma de papillas, puede ser diariamente de 800 gramos en dosis de 150 cada una, según la edad del niño. El aumento de peso—dice Davenière—puede ser en una semana hasta doble del normal, sin llegar á la sobrealimentación; aunque esta aserción parece algo exagerada, no debe olvidarse que se refiere á niños cuya nutrición estaba muy quebrantada por los trastornos digestivos, el insomnio y las secreciones que provocan las toxidermitis.

Digitized by Google

Nosotros no tenemos opinión formada; pero el corto número de ensayos que hemos hecho nos animan á seguir empleando esta cura, que además de ser perfectamente racional, tiene ya en el testimonio de eminentes pediatras el salvoconducto de la sanción clínica.

LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA

POR EL DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Médico del Hospital de la Princesa, por oposición; Médico numerario de la Beneficencia municipal, por oposición; Médico director habilitado de Aguas minerales, por oposición.

Me propongo exponer en una breve serie de artículos el estado actual de nuestros conocimientos acerca de las alteraciones pupilares como expresión de los padecimientos del sistema nervioso, incluyendo en ellos las neuropatías orgánicas, las llamadas neurosis y las psicosis. Es este asunto en apariencia muy limitado, pero en realidad tan complejo, que me veré precisado á ser muy parco en la discusión de los hechos y muy sobrio de palabras para evitar el peligro de la difusión. Procuraré no olvidar ningún hecho fundamental, no hacer ninguna afirmación que no esté debidamente justificada; pero prescindiré de todas las consideraciones que no tengan utilidad práctica ó que, demostrada su inexactitud por ulteriores y más completos estudios, no tengan hoy más interés que el de simples curiosidades históricas.

No he de insistir mucho en la demostración de la importancia de este tema; los síntomas pupilares, fáciles de averiguar, muy fidedignos siempre que en su investigación se eviten algunos errores vulgares que más adelante indicaré, tienen en ciertos casos extraordinaria significación diagnóstica, llegando á veces á ser un factor decisivo, y siempre tienen valor porque su fijeza, su precisión concreta *materializa*, por decirlo así, la vaguedad indefinida de esas enfermedades, tan llenas de misterio todavía, que constituyen el grupo de las neuropatías funcionales y de las psicopatías.

Y estos síntomas tan preciosos, de tan alto valor, pueden ser apreciados por cualquiera sin más que seguir algunas sencillísimas reglas, sin necesidad de educación técnica previa ni de aparatos complicados y costosos, sin causar molestia alguna al paciente: véase si el asunto merece la pena de que se difunda su conocimiento, pero su conocimiento completo, razonado y verdaderamente científico, no reducido á los cuatro datos, diseminados sin regla ni concierto, desordenados, contradictorios y falsos en muchas ocasiones, que suelen leerse en los textos, copiados servilmente los unos de los otros, sin tomarse la molestia de comprobar lo copiado.

Digitized by Google

Dividiré este trabajo en cuatro partes: en la primera daré cabida á las generalidades anatómicas, fisiológicas y conceptos de patología general, alteraciones de la pupila consideradas en sí mismas, mecanismo de su producción y significación diagnóstica genérica. Las tres partes restantes estarán consagradas á la semeyología especial de la pupila en las neuropatías orgánicas, en las neurosis y en las psicosis, respectivamente; de ellas será la más extensa la primera, la dedicada á las neuropatías orgánicas, pues en ellas es donde se cuenta con mayor número de datos positivos y claramente averiguados; pero no por eso dejarán de ser interesantes ni ricas en hechos dignos de mención las dos últimas.

I

Preliminares anatómicos y fisiológicos.—No voy á hacer aquí un estudio completo de la anatomía y de la fisiología del iris; me limitaré á señalar aquellos hechos que han de tener aplicación á las condiciones patológicas. De todos los tejidos que constituyen el iris, sólo tengo que ocuparme del muscular. Es un hecho de dominio vulgar que el iris es susceptible de un doble movimiento antagónico que da lugar á la contracción y á la dilatación de la pupila; todo movimiento, en las condiciones fisiológicas normales, exige un músculo que ejecuta y un sistema nervioso que gobierna; veamos cuál es el órgano muscular y el sistema nervioso del iris, comenzando por aquél. Es el factor muscular el de constitución más sencilla; y sin embargo, las discusiones acerca del mismo se han prolongado hasta hace muy pocos años. Puesto que el iris tiene dos movimientos antagonistas, parece lo más lógico suponer desde luego que existen dos sistemas musculares, encargado cada uno de uno de estos movimientos; pero en las ciencias experimentales los razonamientos, por lógicos que parezcan, tienen que rendirse ante los resultados de la observación, y en este caso particular la observación ha tardado mucho en ponerse de acuerdo con las reflexiones *à priori*. La anatomía clásica, la de Henle y Koelliker, admitía la existencia en el iris de dos órdenes de fibras: unas, circulares concéntricas, que constituían el esfínter irídeo, encargado de la contracción de la pupila; otras, lineares, radiadas, fibras dilatadoras de la pupila; el mecanismo de los movimientos pupilares no podía ser más sencillo: dependiente de las relaciones del tono de unas y otras fibras, variaba con las alteraciones de aquél, siendo el diámetro pupilar la resultante de ambas acciones contrarias y acopladas; á cada músculo se le asignaba un nervio diferente: el óculo-motor común al esfínter y el simpático al dilatador, y así se completaba el mecanismo de la mo-

Digitized by Google

tilidad irídea; esta opinión, tan razonable, tan conforme con el sentido común, de tan fácil y clara aplicación á los hechos fisiológicos y patológicos, no era una mera hipótesis fundada únicamente en consideraciones teóricas, ideada para explicar las funciones del iris, no; tenía un argumento positivo y real en la existencia de unos elementos fibrilares radiados situados inmediatamente por delante de la capa epitelial posterior del iris. Pero precisamente en este terreno de la observación pura es donde comenzó á ser combatida la opinión clásica. Grünhagen (*Virchow's Archives*, XXX, 1865) afirmó que las pretendidas fibras radiadas del músculo de Henle no eran elementos musculares, sino fibras elásticas procedentes de la disociación artificial de la membrana basal posterior, perteneciendo los núcleos que entre ellas se observan á las células pigmentarias de la capa epitelial posterior. Boé (*Archives d'Ophtalmologie*, 1885) confirmó la opinión de Grünhagen, y Koganei (*Archives für mikroskopische Anatomie*, 1885), como resultado de sus minuciosas investigaciones en muchas especies de vertebrados, declaró que tan sólo se encontraba el músculo dilatador reducido á muy escasas fibras en el conejo, y más robusto en la nutria y en las aves. Ante tales afirmaciones, repetidamente enunciadas, hubo de desecharse la opinión antigua, pasando á ser clásica la que no admitía en el iris más elementos musculares que los del esfínter; y en efecto, en la primera edición del *Tratado de Anatomía*, de Testut (París, 1892), así se consigna de un modo terminante. Sin embargo, la experimentación demostraba que se ejercía una doble influencia nerviosa sobre los movimientos del iris, pupilo-constrictora por medio del óculo-motor común y pupilo-dilatadora por medio del simpático; los partidarios del músculo irídeo único explicaban esta doble acción antagonista, según la hipótesis de Chauveau, suponiendo que la intervención del simpático se reducía á producir una inhibición sobre el plexo ciliar, de donde arrancan los nervios que presiden á la contracción del esfínter, que tenía como consecuencia le relajación de éste; pero la experimentación suscitó nuevas dificultades; la atropina produce una midriasis tan grande, que el iris queda reducido á una faja circular de un milímetro escaso de anchura; esta midriasis es superior á la producida por la parálisis completa del óculo-motor común, y como no se concibe inhibición mayor que la producida por la abolición total de la influencia nerviosa, forzosamente había que pensar en otro factor para explicarse la acción de la atropina, y este factor no podía ser otro que la pupilo-dilatación activa, ya que la pasiva era por sí sola insuficiente. Por otra parte, el trabajo citado de Koganei no era tan terminante en sus afirmaciones como la de sus predecesores, pues aunque negaba la existencia del dilatador del iris en la mayoría de los animales observados, la admitía

Digitized by Google

en algunos de ellos, transigiendo, por tanto, en parte con la opinión de Henle; era, pues, el comienzo de una reacción, y efectivamente esta reacción se ha consumado en estos últimos tiempos de una manera completa, con el apoyo de pruebas concluyentes. Gabrielides (citado por Lagrange en su *Traité d'Ophtalmologie*, París, 1897) ha demostrado la existencia de las fibras radiadas en el hombre, y Grunert (citado por Bumke en *Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten)* ha llegado también al mismo resultado. Con tan irrefutables argumentos ha quedado definitivamente cerrada la discusión, sellándose el acuerdo decisivo entre los datos anatómicos y los fisiológicos.

El esfínter pupilar está formado por manojos de fibras colocadas circularmente en torno del borde pupilar en una zona que se extiende desde este mismo borde hasta 1 ½ milímetros en dirección periférica; su espesor en sentido ántero-posterior es de 0,1 milímetros en el borde pupilar, y de 0,25 milímetros en el periférico (Testut). El dilatador del iris es muy inferior en robustez al esfínter: consta de algunas fibras dispuestas en sentido radial y situadas en la parte posterior del tejido propio del iris, en contacto con la membrana basal posterior. Según Yvanoff, arrancan de un plexo colocado en el borde pupilar, se dirigen al borde periférico del iris, y en él describen asas de concavidad central, y van á insertarse, en parte, en el anillo de Döllinger (emanación de la membrana basal posterior de la córnea, ó membrana de Descemet), y en parte, en el ligamento pectíneo de Hueck, que está constituído por el plano fibrilar posterior del citado anillo de Döllinger; Grynfeltt ha dado una descripción distinta de este músculo dilatador: para él la membrana limitante posterior del iris, ó membrana de Henle, se compone de dos partes: una lámina posterior nucleada, agregada por algunos al epitelio posterior, y una membrana anterior, compuesta de fibrillas radiadas contráctiles; esta membrana no consta de células, sino que forma una lámina protoplasmática continua.

La inervación del iris se debe á los nervios ciliares procedentes en su mayoría del ganglio oftálmico, sin más excepción que dos ó tres filetes que proceden directamente del ramo nasal (Testut): atraviesan la esclerótica; forman en la cara externa de la coroides el plexo nervioso coroídeo; delante del músculo ciliar el plexo ciliar, y en el espesor del iris un tercer plexo, el plexo irídeo, del cual parten cuatro órdenes de fibras: 1.ª, fibras pálidas que se terminan en la cara posterior del iris (para algunos son fibras simpáticas destinadas al músculo dilatador); 2.ª, fibras sensitivas mielínicas, ramificadas en la cara anterior del iris; 3.ª, fibras motoras para el esfínter; 4.ª, fibras vasomotoras para los vasos del iris. Esta inervación inmediata no basta para explicarnos la fisiología del iris: es

Digitized by Google

preciso para ello ir más allá del ganglio oftálmico; recibe éste tres raíces: una, procedente del ramo nasal de la rama oftálmica del trigémino, que se considera como sensitiva; otra, nacida del óculo-motor común, por intermedio del ramito que éste da al músculo oblicuo menor, es la raíz motora; la tercera, ó simpática, arranca del plexo cavernoso. Ahora bien: la simple observación anatómica no permite seguir el curso de las fibras de cada una de estas raíces á través de la serie de intrincados plexos que atraviesan; pero la experimentación fisiológica y la anatomía patológica parecen demostrar que la contracción de la pupila es función del óculo-motor común, y su dilatación función del simpático; en otros términos, que el esfínter irídeo está inervado por el óculo-motor, y el dilatador por el simpático; por consiguiente, el curso periférico y central de ambas series de fibras habrá que buscarle, respectivamente, en las trayectorias del óculo-motor y del simpático; problema de solución relativamente fácil, por lo menos en lo que á la etapa periférica se refiere, para el primero, pero mucho más difícil para el segundo; afortunadamente, han prestado de nuevo sus utilísimos servicios la experimentación y la anatomía patológica, demostrando que las fibras pupilares del simpático emergen del eje raquídeo por las ramas comunicantes correspondientes á la primera raíz dorsal; en esta marcha ascendente, partiendo de las terminaciones nerviosas en el iris y pasando por el ganglio oftálmico, llegamos hasta el arranque del óculo-motor común en la cara interna de los pedúnculos cerebrales para las fibras constrictoras, y hasta la emergencia de la primera raíz dorsal de la medula para las fibras dilatadoras; detengámonos en estos puntos por el momento, dejando el examen de las vías centrales de la motilidad irídea para cuando se describa el arco pupilar reflejo; antes es preciso volver nuevamente á la periferia y, abordando el estudio fisiológico, analizar los movimientos de la pupila.

Ante todo, debe aceptarse, como definitivamente demostrado por las experiencias antiguas de Kussmaul y de Wernicke, y las modernas de Schoeler y Heine, la proposición siguiente: «todo movimiento del iris es debido á una acción nerviosa, siendo determinado por una variación en el tono de sus músculos» (Bumke). Se ha probado suficientemente la inexactitud de la opinión antigua, que, considerando al iris como un órgano eréctil, hacía depender las variaciones del diámetro pupilar de la cantidad de sangre que aquél contenía; se ha demostrado igualmente, por los experimentos arriba citados, que no influyen en los movimientos del iris ni la presión intravascular ni la presión intraocular. Se ha refutado asimismo la objeción de que por la evacuación del humor acuoso se produce una contracción pupilar; porque—como dice muy razonablemente

Digitized by Google

Bumke—mientras no se repita el experimento con un iris absolutamente privado de toda conexión nerviosa, no se puede eliminar la suposición de una influencia nerviosa provocada de modo directo ó reflejo por la alteración en el equilibrio de los medios oculares; y suponiendo que la experiencia en tales condiciones diera resultado positivo, tampoco se podría deducir que el mecanismo había de ser el mismo en el estado normal, con las relaciones nerviosas íntegras.

Se ha discutido, por último, si las fibras musculares del iris son directamente excitables por sí mismas, independientemente de toda acción nerviosa. Desde luego, puede asegurarse que esta cuestión tiene escasísima importancia práctica; pues respondiendo los movimientos del iris á excitaciones reflejas de índole diversa, pero todas ellas partidas de regiones que no están en continuidad con él, se hace indispensable la mediación del sistema nervioso. Las experiencias de Brown-Sequard, de Donders y de Schur, que pretendieron haber producido movimientos pupilares por la acción directa de la luz, del calor y del frío, no permiten descartar en absoluto la intervención nerviosa; pues aun operando en un iris aislado, debía tenerse en cuenta la posible acción de las células nerviosas ganglionares esparcidas por la trama del mismo. En suma: la excitabilidad directa de las fibras musculares irídeas es muy difícil de probar (según Placzek, parecen ser excitadas directamente por la adrenalina); pero aun suponiendo que sea un hecho, su interés práctico es casi nulo.

En el estado actual de nuestros conocimientos, debe, por tanto, considerarse como indudablemente cierta la subordinación de todos los movimientos del iris á las variaciones de su inervación. La importancia y trascendencia de esta proposición son considerables, como que da cuenta de la gran significación semeyológica que en patología nerviosa tienen las alteraciones pupilares, nos explica la precisión y la delicadeza con que se revelan en la pupila los trastornos nerviosos y justifica el interés con que se investigan los síntomas pupilares en el diagnóstico de las neuropatías.

La motilidad del iris, tan sencilla en su finalidad, estrechamiento y dilatación de la pupila, pero tan delicada y tan precisa en su ejecución, es extraordinariamente complicada en su determinismo causal. En dos grandes grupos pueden distribuirse los agentes que dan lugar á movimientos del iris: los unos obran por mecanismo reflejo, sea éste de origen periférico, sensitivo, ó central, psíquico; los otros obran asociando al iris á los movimientos de otros músculos vecinos, movimientos coordinados ó combinados: tendremos, pues, que estudiar dos órdenes de movimientos pupilares, reflejos, subdivididos en sensitivos y psíquicos, y asociados.

De todos los movimientos del iris, el más importante, el que rea-

Digitized by Google

liza el verdadero fin fisiológico de ese diafragma animado, es uno de los incluídos en el grupo de los reflejos sensitivos, el reflejo pupilar á la luz: conocido desde muy antiguo, no se supo aplicar al diagnóstico de las enfermedades nerviosas hasta que Argyll Robertson en 1869 descubrió el signo que lleva su nombre: en la época moderna ha sido la reacción pupilar á la luz objeto de minuciosas investigaciones, que han permitido analizar con exactitud todas las particularidades del fenómeno.

Todo el mundo sabe que la pupila se contrae por la luz y se dilata por la oscuridad, y que este juego del orificio del iris tiene por objeto regular la cantidad de luz que impresiona á la retina: lo que no es tan sabido, y, sin embargo, es indispensable para poder explorar con exactitud é interpretar con fidelidad el reflejo pupilar, es que ese fenómeno no está condicionado exclusivamente por la intensidad de la luz, sino que depende también del estado de excitabilidad de la retina; con igual valor de la variación de cantidad lumínica puede ser la alteración del diámetro pupilar muy distinta, según la condición de la retina en el momento de la experiencia; esta participación de la retina, factor esencial en la determinación del reflejo á la luz, se resume en el concepto de *adaptación,* perfectamente explicado y demostrado por los trabajos de Schirmer y de Silberkuhl. La retina necesita adaptarse á las condiciones del medio luminico para que las impresiones reflejas, lo mismo que las impresiones conscientes, adquiera su más alto grado de sensibilidad; así como al pasar de un espacio vivamente iluminado á otro oscuro nos es imposible en los primeros momentos distinguir los objetos, debiendo transcurrir algún tiempo antes de acomodarnos á la nueva intensidad luminosa, ó viceversa, al trasladarnos de las tinieblas á la plena luz nos sentimos deslumbrados, incapaces de toda percepción visual hasta que la acomodación se establece, del mismo modo para obtener el máximum de sensibilidad refleja de la retina es preciso que ésta se halle en las debidas condiciones de adaptación á la intensidad lumínica. Schirmer parte del hecho, perfectamente conocido, de que una misma variación luminosa, en un mismo ojo, puede dar lugar á una contracción ó á una dilatación pupilar, según cuál fuera el grado de iluminación previa; es decir, que el cambio de la pupila no depende de la variación luminosa *absoluta,* sino de la variación relativa. Otro dato de importancia es el siguiente: cuando se produce bruscamente un aumento de la intensidad luminosa, la pupila se contrae, pero esta contracción no persiste, como tampoco la dilatación consecutiva á una rápida disminución de la cantidad de luz; en uno y otro caso vuelve la pupila á la dimensión que tenía antes de verificarse la variación luminosa; esta vuelta á la posición primitiva no se verifica inmediatamente ni de un modo direc-

Digitized by Google

to, sino que tarda de diez á quince minutos en completarse, y se verifica mediante una serie de oscilaciones de amplitud gradualmente decreciente, en torno de la posición de equilibrio, hasta que, alcanzada ésta, queda la pupila en reposo: estas oscilaciones se atribuyeron en un principio á la elasticidad del iris, pero en la actualidad está demostrado que son el resultado de estímulos y reacciones alternativamente contrarias, determinadas por la cantidad de luz que impresiona la retina, dependiente del grado de contracción pupilar; si aumenta la intensidad lumínica, se contrae la pupila, pero no en la proporción precisa, sino más de lo debido; *ipso facto* disminuye la cantidad de luz y el iris responde dilatando la pupila, también más de lo necesario, hasta que por esta serie de tanteos se llega á la posición de equilibrio; y como mientras tanto la retina se ha ido acomodando á la nueva intensidad de iluminación, esta posición de equilibrio es la misma que existía antes de la variación luminosa (Bumke); esto es lo que ocurre siempre que no se rebasan ciertos límites de iluminación, que son, según Schirmer, los de 100 y 1.100 bujías métricas; fuera de estos términos extremos, la pupila no vuelve á su dimensión primitiva, sino que permanece más ancha ó más estrecha. Schirmer llama diámetro pupilar fisiológico al correspondiente á la posición de equilibrio para las intensidades lumínicas comprendidas entre los límites mencionados con la retina adaptada: según Silberkuhl, son relativamente considerables las diferencias individuales, variando de 2,75 á 4,75 milímetros. Estos hechos no son de interés simplemente teórico; al contrario, su importancia práctica es considerable, pues su conocimiento permite evitar ciertos errores en la exploración del reflejo luminoso; por ejemplo, es muy corriente examinar este reflejo colocando al sujeto enfrente de una ventana, con los ojos abiertos, ordenándole que mire á lo lejos (para relajar la acomodación), y poniendo las manos extendidas delante de los ojos, por espacio de algunos segundos, para producir una oscuridad relativa, descubrir alternativamente cada uno de ellos, observando la respuesta del iris. Todos hemos empleado este procedimiento, muy cómodo y expeditivo, y realmente muy útil en las consultas públicas, donde se impone la rapidez en la exploración; pero si en los casos de trastornos muy pronunciados puede ser suficiente ese método, no lo es cuando se trata de hacer una investigación minuciosa, pues expone á errores de cierta consideración; en efecto, la retina adaptada á la plena luz del día no puede acomodarse á la oscuridad relativa en el breve tiempo que se tiene colocada la mano delante del ojo, y, por consiguiente, aunque se produzca en este momento una dilatación pupilar, al restablecerse la claridad esta dilatación persiste, porque para la retina que ha permanecido adaptada á la luz, ese aumento de excitante no basta para

Digitized by Google

determinar la contracción pupilar refleja. Además, por la exposición persistente á una luz intensa se produce una contractura del esfínter del iris, que no cede en la oscuridad y que puede simular la rigidez pupilar. Las investigacionas de Schirmer han demostrado también que en algunos casos puede una pupila parecer inmóvil cuando se la explora en una cámara clara, y, sin embargo, reaccionar perfectamente en cámara oscura (aumento de la sensibilidad refleja de la retina inversamente proporcional á la intensidad lumínica).

Otro punto de importancia es el valor relativo de las diversas partes de la retina bajo el punto de vista de la sensibilidad refleja. Weber suponía que la contracción pupilar era tanto más enérgica cuanto más próxima á la mácula lútea se verificaba la impresión luminosa, alcanzando aquélla su máximum cuando se proyectaba en la mácula misma la imagen del foco de luz.

Heddeus, fundándose en observaciones clínicas, afirmó que sólo daban lugar á contracción pupilar las impresiones luminosas que se verificaban en la mácula y en territorio muy circunscrito en torno de la misma. Esta opinión ha sido vivamente combatida por Wernicke y, posteriormente, atenuada por el mismo Heddeus. Por fin, de los modernos trabajos de Wolff, de Abelsdorf y de Feilchenfeld se deduce que la parte periférica de la retina está dotada de sensibilidad refleja, pero en grado menor que la porción central.

La impresión luminosa en una retina no sólo produce la contracción pupilar en el mismo lado, sino también el opuesto: es este el reflejo contralateral, ó consensual, ó indirecto. Ha sido tema de porfiada discusión la comparación de los reflejos directo é indirecto; Weber se pronunció por la igualdad de ambos; pero algunas observaciones clínicas contradictorias pusieron en tela de juicio esta afirmación: así, Hoche declaró que la iluminación lateral podía dar lugar, en personas sanas, á desigualdad pupilar, siendo condición indispensable para la exacta investigación de los fenómenos pupilares la posición simétrica, con relación al sujeto examinado, del foco luminoso; confirmada esta opinión, en fecha más reciente, por Bach, ha sido impugnada por otros observadores; entre ellos, por Avet y Schirmer, quienes afirman que la iluminación de un ojo produce en él y en el otro una reacción pupilar igual, aun observada con medios amplificadores. Ultimamente Fuchs, valiéndose del procedimiento fotográfico, ha demostrado que en la mayoría de los casos la contracción pupilar indirecta es igual á la directa; pero que en ocasiones el reflejo consensual se retrasa algo.

Examinados los principales caracteres del reflejo luminoso, es esta la ocasión de estudiar su trayectoria anatómica; asunto éste complicadísimo, con él se enlazan cuestiones de las más arduas, difíciles problemas de anatomía fina de los centros nerviosos; las vías

Digitized by Google

periféricas se conocen con bastante seguridad, pero el nexo entre la corriente centrípeta y la centrífuga, la etapa central, el punto de reflexión de la onda, es materia incierta, oscura, campo de contradictorias opiniones; esa sección de la vía pupilo-motora refleja atraviesa una de las regiones más confusas de todos los centros nerviosos. Aún está por hacer la sistematización definitiva de esas intrincadas formaciones que se extienden desde la protuberancia hasta la corona radiante, y mientras esa sistematización sea sólo una esperanza, hay que conformarse con los escasos datos positivos que en la actualidad se poseen, no aventurando más que muy prudentes y cautas conjeturas sobre lo restante.

Esta dificultad del asunto obliga á exponerlo con riguroso método. En primer término explicaré el concepto clásico, que es sobrado esquemático, pero muy claro, muy sencillo y que puede ventajosamente adoptarse como *hipótesis de trabajo* para encauzar las ideas, para guiar las nuevas investigaciones, abierta á todas las modificaciones que dicte el método experimental. Después analizaré en detalle ese esquema, exponiendo las objeciones que se le han hecho, las observaciones en contra, las variaciones que en él se han pretendido introducir.

Partida la excitación luminosa de la retina, sigue por las fibras del nervio óptico, para ingresar, después de la hemidecusación del quiasma, en la cinta óptica, por la que llega á la extremidad posterior del tálamo óptico, primera estación de parada en el encéfalo (segunda estación de la vía óptica, pues la primera está representada por las células ganglionares de la retina); aquí sufren una selección las fibras ópticas, bifurcándose su cauce: unas, largas vectoras de la impresión visual que se ha de hacer consciente, se dirigen hacia afuera y atrás, abriéndose en forma de abanico, constituyendo el campo de Wernicke: son las llamadas radiaciones ópticas de Gratiolet, que van á terminar en el polo occipital del hemisferio, en el centro cortical de la visión; otras fibras ópticas cortas se terminan en torno de las células nerviosas del pulvinar, del cuerpo geniculado externo y del tubérculo cuadrigémino anterior; nuevas fibras nacen de estas células (tercera neurona óptica), y parte de ellas, uniéndose á las fibras largas antes descritas, se dirigen á la corteza occipital, mientras que otras, las procedentes de los somas del tubérculo cuadrigémino anterior, toman una dirección centrífuga y se dirigen al pedúnculo cerebral, arborizándose en torno de las células que constituyen el núcleo del óculo-motor común; de éstas parten axones que por las raíces y el tronco del óculo-motor, por la raíz motora del ganglio oftálmico luego y, finalmente, por los nervios ciliares, van á terminar en el esfínter irídeo. Por consiguiente, debe considerarse al tubérculo cuadrigémino anterior como centro del reflejo

Digitized by Google

pupilar á la luz, estando constituído el brazo centrípeto por el nervio óptico y la cinta óptica, y el brazo centrífugo por las fibras que unen al tubérculo cuadrigémino anterior con el núcleo óculo-motor y por la expansión periférica de éste. Se admite que en el mecanismo de adaptación de la pupila á la intensidad luminosa sólo interviene el óculo-motor por medio de un doble juego de excitación é inhibición, estando reservada la pupilo-dilatación activa, por intermedio del simpático, á excitaciones de otra índole (dolorosas, cenestésicas, vaso-motoras); sin embargo, para completar este esquema de la motilidad irídea refleja, diré que se han descrito diversos centros pupilares en el suelo del ventrículo tercero, cerca del núcleo del óculo-motor, en la protuberancia, en el bulbo y sobre todo el centro cilio-espinal de la medula (séptimo y octavo segmentos cervicales y primero dorsal), del cual parten las fibras que, saliendo de la medula por la primera raíz anterior dorsal, van por los ramos comunicantes al ganglio simpático cervical inferior, y, ascendiendo por todo el simpático cervical, llegan al plexo cavernoso, y de aquí van al ganglio oftálmico para ingresar en los nervios ciliares y terminar en el iris.

Analizaré esta descripción esquemática en cada una de sus partes. Es evidente que la impresión luminosa parte de la retina; pero ¿de qué parte de ella? Se admite hoy que la impresión luminosa se verifica á nivel de las células visuales (conos y bastoncitos); ¿son estas mismas células, receptoras para la visualidad consciente, el punto de arranque de la sensación refleja? Schirmer ha observado casos de lesión de la capa externa de la retina, en los que se conservaba la sensibilidad visual refleja, y, fundándose en ello, ha afirmado que el punto de partida de ésta no eran las células de conos y bastoncitos, puesto que en esos casos estaban destruídas, sino las células amacrimas de Cajal ó espongioblastos de Müller, situadas en la capa de los granos internos; estas células, que asocian las neuronas bipolares á las células ganglionares, ofrecen la particularidad de carecer de cilindro eje, no presentando más que una sola prolongación ampliamente ramificada. Bumke no acepta la opinión de Schirmer, pero tampoco la rechaza en absoluto: se limita á declarar que podían muy bien la impresión visual consciente y refleja partir de los mismos elementos, de las células visuales, y separarse después en las células ganglionares. Esta diferenciación de la visualidad consciente y refleja dentro de la misma retina se impone en la actualidad, porque ahora se admite la existencia de fibras pupilares en el nervio óptico, tan discutidas hasta hace poco tiempo; para Henschen, estas fibras ocupan las partes laterales del quiasma y la porción súpero-externa de la cinta óptica. Betcherew dice que se cruzan parcialmente, hecho de importancia para la explicación del reflejo consensual.

Digitized by Google

La semidecusación de las fibras pupilares en el quiasma se admite hoy como un hecho cierto: donde renace la disparidad de opiniones es en la determinación del trayecto ulterior de esas fibras. Bernheimer asegura que las fibras pupilares, apartándose de las ópticas, van directamente á terminar en el núcleo óculo-motor sin hacer ninguna escala intermedia; estas fibras se conexionan con las neuronas óculo-motoras por intermedio de *schatzellen* ó células intercalares (células del tipo II de Golgi). Bernheimer ha demostrado que en cada una de las cintas ópticas hay fibras pupilares procedentes de ambas retinas, pues extirpando en el mono un globo ocular, ha encontrado en ambos tractos ópticos fibras degeneradas que se dirigían al núcleo óculo-motor; fisiológicamente han llegado al mismo resultado Betcherew y Bernheimer, el primero en el perro y el segundo en el mono, pues seccionando sagitalmente el quiasma, observaron que los animales continuaban presentando la reacción pupilar luminosa directa é indirecta (véase Bumke, op. cit.).

Todavía ha aquilatado más Bernheimer el análisis de la terminación de las fibras pupilares, combinando el método de Nissl con la extirpación del globo ocular en el mono; á los ocho días de la operación encontró evidentes alteraciones celulares en el acúmulo de sustancia gris colocado en la parte anterior del núcleo óculo-motor, conocido con el nombre de núcleo de Edinger-Westphal; este foco par y mediano, constituído por células pequeñas, es para Bernheimer el foco de origen de las fibras que inervan al esfínter irídeo. La opinión de Monakow difiere de la de Bernheimer; para aquél, las fibras pupilares irían al tubérculo cuadrigémino anterior, y después de hacer escala en él, se dirigirían al núcleo óculo-motor; todas las fibras que desde el tracto óptico van á dicho tubérculo pertenecerían á esta categoría, de modo que, según esta hipótesis, el tubérculo cuadrigémino anterior no mandaría fibras visuales al hemisferio occipital, estando exclusivamente consagrado á la función visual refleja. En fecha reciente, Levinsohn ha confirmado los trabajos de Bernheimer, considerando como éste al núcleo mediano microcelular como centro del esfínter pupilar; pero difiere de éste en que no ha observado degeneración celular en dicho foco por la extirpación del ojo (lo que explica suponiendo al miembro centrífugo del arco reflejo pupilar compuesto de dos neuronas articuladas en el ganglio ciliar), y en que además del cruzamiento de las fibras pupilares admite otro de las raíces óculo-motoras.

Siguiendo el discutido trayecto de las fibras pupilares, hemos llegado ya al trayecto más oscuro del arco reflejo, á la región aún no conocida á punto fijo, en que la energía nerviosa cambia de dirección convirtiéndose de centrípeta en centrífuga, al verdadero nudo de la acción refleja; este centro de reflexión debe de estar situado

Digitized by Google

en territorio comprendido entre los tubérculos cuadrigéminos anteriores y el núcleo óculo-motor; pero, según se ha visto, mientras unos investigadores le colocan en aquéllos, otros, como Bernheimer, los eliminan en absoluto, y hacen llegar directamente las fibras pupilares al núcleo óculo-motor. En defensa de la función pupilo-refleja de los tubérculos cuadrigéminos anteriores se han publicado modernamente trabajos de importancia. Bach refuta las conclusiones de Bernheimer; y así como éste negó la participación del tubérculo cuadrigémino anterior en el reflejo pupilar á la luz, él elimina á su vez al núcleo óculo-motor, y de conformidad con la hipótesis de Majano, afirma que las fibras pupilares se dirigen al núcleo lateral del tubérculo cuadrigémino anterior, y que de éste arrancan fibras que, contenidas en el manojo llamado predorsal ó sublongitudinal, representan un segmento del arco pupilar reflejo. He aquí la descripción literal que de estas fibras hace Bach, copiada de la obra de Bumke; se dirigen oblicuamente hacia abajo, en el territorio de las fibras de Meynert, hacia la línea media, pasando por la cápsula del núcleo rojo; después, una pequeña porción de ellas se dirige directamente hacia abajo, y describiendo una curva cóncava hacia fuera se unen á las fibras radiculares del óculo-motor del mismo lado; la porción mayor se cruza en la línea media con las homólogas del lado opuesto, y después de un breve trayecto corren en sentido horizontal hacia adelante y atrás y un poco de dentro afuera, para inclinarse luego de nuevo hacia abajo, uniéndose con las fibras radiculares del óculo-motor del lado opuesto.

En suma: para explicar el trayecto de las fibras pupilares reflejas, desde la cinta óptica hasta las raíces del óculo-motor, nos encontramos con tres descripciones: la de Monakow, que hace pasar á dichas fibras por el tubérculo cuadrigémino anterior y por el núcleo óculo-motor, con dos estaciones de parada; la de Bernheimer, que las conduce directamente al núcleo óculo-motor; y la de Bach y Majano, que las hacen terminar en el tubérculo cuadrigémino anterior, del que arrancan ya fibras centrífugas directas, prescindiendo, por tanto, del núcleo óculo-motor; estas dos últimas opiniones no admiten más que una sola estación central de parada.

En general, se admite que el núcleo óculo-motor interviene directamente en la motilidad del iris por algunos de los focos celulares que le constituyen; esa extensa zona de sustancia gris que se extiende por debajo del acueducto de Sylvio, desde la comisura blanca posterior hasta el plano de separación de los tubérculos cuadrigéminos anteriores y posteriores, es muy poco conocida en su constitución íntima: en una sección vertical se presenta como un triángulo rectángulo, tan próximo al del lado opuesto, que entre los dos forman un triángulo isósceles; linda por el cateto superior con el

Digitized by Google

stratum griseum centrale, que le separa del acueducto de Sylvio; por el cateto interno toca al del otro lado, y por la hipotenusa, externa, está en contacto con el fascículo longitudinal medial. Su estructura no es homogénea, sino que consta de diversos acúmulos grises, y en la enumeración de estos sub-núcleos, y en la interpretación de su valor funcional, se ha ejercido la sagacidad de los autores: como el problema es en sí muy delicado; como, además, los investigadores han empleado procedimientos diversos y han experimentado en animales de especies diferentes, no es extraño que no haya acuerdo en los resultados; en la imposibilidad de citar todas las opiniones emitidas acerca de este punto, me limitaré á señalar las más importantes, por el justo prestigio de sus autores y por la precisión y minuciosidad de las observaciones en que se fundan. Hay unanimidad en admitir que el núcleo óculo-motor consta de varias masas grises, imperfectamente diferenciadas, siendo una de ellas impar y mediana, y las restantes pares y laterales. Charpy (*Traité d'Anatomie* de Poirier, t. III. París, 1902) admite los siguientes focos: 1.°, el núcleo de la comisura posterior, ó de Darkschewitsch, el más anterior de todos: es muy dudoso que dé origen á fibras radiculares; 2.°, el núcleo de Edinger Westphal, inmediatamente detrás del anterior, compuesto de células pequeñas: en este núcleo es donde supone Bernheimer que terminan las fibras pupilares; 3.°, el núcleo principal ó lateral, subdividido en porción dorsal y ventral, y compuesto de células grandes. Estos tres núcleos son pares y laterales; 4.°, por último, el núcleo mediano ó central, situado entre los dos laterales. Koelliker, de sus estudios en el niño recién nacido, deduce que el núcleo óculo-motor sólo consta de un foco impar mediano y de otro par lateral; en tan temprana edad no ha podido encontrar el núcleo de Edinger Westphal, pero reconoce que es muy evidente en el adulto. Con esta sencillez de la descripción de Koelliker contrasta la complicación del esquema de Perlia, que admite seis núcleos laterales y uno central, sin contar el de Darkschewitz.

Por último, Cajal (*Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados, fascículo sexto.* Madrid, 1902), después de describir muy detenidamente el núcleo principal y muy á la ligera los accesorios, considerando como tales el de la comisura ó de Darkschewitz, el de Edinger Westphal y el medio ó central de Perlia, declara que sólo el núcleo principal emite axones radiculares para el tercer par.

La sistematización del núcleo del óculo-motor, en relación con los músculos animados por este nervio, es muy imperfecta; limitándome á la musculatura del iris, la única que interesa en el estudio del reflejo luminoso, sólo indicaré que, desde las antiguas experiencias

Digitized by Google

de Hensen y Volckers, se viene admitiendo que las células de origen de las fibras irido-motoras ocupan la porción más anterior del núcleo; esta es la opinión modernamente defendida por Bach, según he manifestado anteriormente. Allen Starr afirma que las fibras destinadas al esfínter del iris arrancan de la parte anterior del foco lateral (este autor admite en el núcleo del tercer par dos porciones: una lateral y otra mediana. A. Starr: *Opthalmoplegia externa partialis*, *Journal of nervous and Mental diseases*. New-York, volumen XV, 1888).

Admitiendo, con la mayoría de los autores, que las fibras irido-motoras proceden del núcleo óculo-motor, ¿nacen del núcleo del mismo lado ó del opuesto?; es decir, ¿son directas ó cruzadas? Es sabido que el núcleo óculo-motor emite fibras de ambas clases, y que su proporción relativa varía con las especies animales, según la disposición del campo visual de cada una (común para los dos ojos, como en el mono, ó especial para cada ojo, como en el conejo). Según Biervietl (citado por Cajal, op. cit.), los músculos intrínsecos, esfínter del iris y ciliar, recibirían sólo fibras directas. La decusación de las fibras radiculares del óculo-motor ha sido minuciosamente estudiada por Bernheimer; según él, las fibras posteriores son todas cruzadas, y van disminuyendo en número á la vez que amentan las directas, á medida que se observan regiones más anteriores, hasta que en la mitad anterior del núcleo principal sólo se encuentran fibras directas; y como precisamente de esta parte anterior es de donde se supone que arrancan las fibras irido-motoras, lógicamente se deduce que esas fibras son directas. Esta es la opinión general; pero, como he indicado anteriormente, Bach difiere de ella, pues admite un entrecruzamiento de las fibras radiculares pupilares.

Constituído ya el tronco del motor ocular común, y llevando las fibras que han de inervar al esfínter del iris, no se suscitan nuevas dudas acerca de su trayecto, hasta llegar al ganglio oftálmico ó ciliar. Brevemente he descrito la constitución de este ganglio al ocuparme del esquema del arco del reflejo luminoso. Se admite que aquí se interrumpe la corriente nerviosa, terminando las fibras procedentes de los núcleos centrales, y pasando aquélla á una nueva neurona, que teniendo su soma en el citado ganglio, envía su axón á los nervios ciliares. Un detalle oscuro se suscita en este punto: la raíz mayor ó sensitiva del ganglio oftálmico, interviene posiblemente de un modo aún no conocido en la reacción pupilar á la luz; así lo hace sospechar el hecho de que, seccionando el óculo-motor común, y excitando el núcleo del trigémino ó su tronco por detrás del ganglio de Gasser, se produce una contracción pupilar.

Hace ya mucho tiempo que Volkmann, en el Diccionario de Fisiología de Wagner, concedió gran importancia al ganglio oftálmico

Digitized by Google

para el reflejo luminoso, declarando que el centro de éste se hallaba, no en el cerebro, sino en el susodicho ganglio. Marina sostiene también la opinión de que el ganglio oftálmico es el centro de los reflejos pupilares, fundándose en las siguientes razones: los movimientos del iris no están alterados en la mayoría de los casos de parálisis de la musculatura ocular extrínseca, fuera de los casos de tabes, de parálisis general y de sífilis, ó al menos la oftalmoplegia intrínseca es mucho más tardía que la extrínseca; en casos de parálisis general y tabes con rigidez pupilar, ha encontrado siempre una degeneración crónica de las células del ganglio oftálmico, mientras que el núcleo de Edinger Westphal, en el que se supone generalmente que nacen las fibras irido-motoras, permanecía íntegro; por último, experimentos en el mono han demostrado que la cauterización de la córnea determina la degeneración de sólo la octava parte de las células del ganglio oftálmico, debiendo únicamente éstas considerarse como sensitivas, y todas las demás, es decir, la inmensa mayoría, como motoras, de naturaleza simpática.

Hasta ahora nos hemos encontrado con tres órganos nerviosos considerados como centros del reflejo pupilar á la luz: el tubérculo cuadrigémino anterior, el núcleo del óculo-motor y el ganglio oftálmico; como si la confusión no fuera bastante todavía, se ha atribuído esa función á un territorio nervioso más alejado del aparato de la visión, á la sustancia gris de la porción más superior de la medula cervical. Ya de antiguo se conocía la mutua relación entre los trastornos pupilares y las afecciones de la medula cervical. Schur observó que por la decapitación se producía en el conejo una miosis, que él atribuyó á la irritación del trigémino; en 1882 Kuhnt observó en un ajusticiado que la excitación de la superficie de sección del segmento central de la medula determinaba una contracción pupilar; el mismo resultado obtuvo Eckhard por la excitación de la medula á nivel de la segunda vértebra cervical. Bach, de sus numerosos experimentos en gatos (secciones á diversas alturas de la medula cervical y del bulbo), deduce que debe haber en la extremidad espinal del suelo del cuarto ventrículo, muy cerca del centro respiratorio, un centro inhibidor del reflejo pupilar, y por delante de éste el centro del reflejo pupilar luminoso, muy próximo y por detrás de los tubérculos cuadrigéminos posteriores; las conclusiones de Bach son muy oscuras, muy complicadas y, lo que es peor, muy susceptibles de serias objeciones; en efecto, como dice Bumke, muy bien pudiera suceder que los resultados obtenidos por aquel investigador fueran simplemente debidos á la excitación del núcleo del trigémino, que determinara una miosis; también es muy posible que la rigidez pupilar obtenida por Bach, y que él califica de rigidez refleja, fuera una rigidez absoluta determinada por la contractura del esfínter.

Digitized by Google

Recapitulando todas las opiniones enumeradas, se observa que hay acuerdo en cuanto á la marcha general del reflejo, existiendo disparidad de criterio acerca del punto de origen en la retina de la impresión luminosa que ha de convertirse en refleja, del trayecto comprendido entre la cinta óptica y el tronco del óculo-motor, y sobre todo en lo relativo á la localización del centro reflejo, cuya representación se disputan el tubérculo cuadrigémino anterior, el núcleo óculo-motor, el ganglio oftálmico y la parte más alta de la medula cervical. Hay cierta tendencia á conceder la mayor importancia bajo este concepto al ganglio oftálmico, al que se considera como de naturaleza simpática, siendo la inmensa mayoría de sus células de función motora; en este ganglio convergerían todas las excitaciones capaces de interesar la motilidad del iris, y en él se convertirían en impulso motor; según esta hipótesis, los movimientos de la pupila estarían exclusivamente subordinados al sistema simpático; por último, esta opinión explica satisfactoriamente los experimentos de Claudio Bernard y de Trautvetter, quienes no consiguieron obtener una contracción pupilar por la excitación eléctrica del tronco del óculo-motor, y sí por la de los nervios ciliares.

Discutidos los puntos más importantes de la motilidad irídea refleja á propósito del reflejo luminoso, el más importante de todos los reflejos pupilares, he de ser breve en la exposición de todos los restantes; los agruparé en dos categorías: 1.ª, reflejo al dolor, así denominado vulgarmente, pero que yo llamaré reflejo sensitivo general, dándole un sentido más amplio é incluyendo en él, no sólo la reacción pupilar á las impresiones dolorosas, sino la determinada por todo género de sensaciones externas é internas, con exclusión de la luminosa; 2.ª, reflejo psíquico, producido por los procesos mentales.

En 1861 observó Westphal que la excitación sensitiva en los enfermos cloroformizados daba lugar á movimientos del iris; estudios posteriores han demostrado plenamente la constancia de este fenómeno en todos los individuos sanos, mucho más claramente en el estado de vigilia que en el de narcosis.

La excitación dolorosa, tal como se produce, por ejemplo, pellizcando ó pinchando la piel del cuello, determina una dilatación pupilar; no solamente la sensibilidad dolorosa, sino también la térmica y la táctil, en suma, todas las modalidades sensitivas cutáneas son capaces de producir una reacción pupilar; sucesivamente se ha ido ampliando esta noción del reflejo pupilar sensitivo, aumentando el número de sus causas provocadoras; como tales se consideran los oscuros é inconscientes fenómenos de la sensibilidad visceral, las modificaciones del tono muscular en general y del equilibrio vasomotor en especial; en suma, todos los complejos y rápidos sucesos que constituyen el fondo de la vida orgánica; asociados estos fuga-

Digitized by Google

ces cambios con los que paralelamente se desarrollan en la esfera psíquica, determinan el hecho fisiológico de la *Pupillenunruhe*, de la inestabilidad pupilar, de la constante oscilación de los bordes del orificio irídeo. También se ha hecho extensiva la influencia pupilo-dilatadora á las excitaciones sensoriales; se admitió primero que las impresiones auditivas podían dar lugar á una dilatación pupilar, y después se atribuyó esta misma acción á las impresiones ópticas; en apoyo de este aserto aduce Schmidt-Rimpler el hecho de que en varios casos de examen oftalmoscópico se produce una dilatación de la pupila precisamente en el momento de la más intensa proyección luminosa; este fenómeno, en apariencia paradójico, puede explicarse, ó bien porque la enérgica impresión retiniana, rebasando los límites de la excitabilidad fisiológica, se convierta en sensación dolorosa, ni más ni menos que el pinchazo de la piel, ó bien por intermedio de una acción psíquica. En el mismo orden de hechos, debe citarse la dilatación pupilar del lado opuesto que tiene lugar en las operaciones de enucleación del ojo en el momento de seccionar el nervio óptico (Bumke).

La ciencia clásica admite que la pupilo-dilatación refleja se verifica por intermedio del simpático. Según indiqué anteriormente, se supóne la existencia de un centro llamado cilio-espinal, localizado en los últimos segmentos medulares cervicales y en los primeros dorsales, de donde arrancarían fibras que por las correspondientes ramas comunicantes irían á incorporarse al cordón simpático-cervical, y desde el ganglio superior de éste pasarían por el plexo cavernoso al ganglio oftálmico. Esta hipótesis cuenta con numerosas pruebas en la anatomía patológica humana: repetidas observaciones han demostrado que en las afecciones de la medula cervical, mielitis, compresión medular, hematomielia, siringomielia, etc., y en las lesiones del simpático cervical (tumores del cuello, aneurismas, etc.), se observa un conjunto de síntomas en el aparato de la visión, que se conocen con el nombre de síndrome óculo-simpático, consistente en miosis, enoftalmía y estrechamiento de la abertura palpebral. Más interesante todavía que los hechos citados es el de la existencia del mismo síndrome óculo-simpático en las lesiones radiculares del plexo braquial del tipo inferior ó de Klumpke, que interesan á las dos últimas raíces cervicales y á la primera dorsal.

No obstante el apoyo de estos argumentos anatomo-patológicos, la teoría de la pupilo-dilatación simpática ha sido blanco de muy serias objeciones que han debilitado considerablemente su grado de certidumbre. Braunstein ha demostrado por el método fotográfico que la reacción pupilar sensitiva no queda abolida por la extirpación del simpático, y que en el conejo se produce la dilatación pupilar por la excitación de un centro cortical, cuya destrucción im-

Digitized by Google

pide la dilatación por excitaciones ulteriores. De estas observaciones deduce Braunstein que la dilatación pupilar consecutiva á la excitación de los nervios sensitivos es debida á una inhibición refleja del centro óculo-motor, y que de la corteza cerebral emana una influencia inhibidora sobre dicho mecanismo reflejo; este concepto de la intervención cortical enlaza el reflejo sensitivo con el psíquico, de que me ocuparé á continuación. Bumke ha observado en el hombre, en cuatro casos de parálisis total del simpático ó de extirpación del mismo, la conservación de la dilatación pupilar por las excitaciones sensitivas, así como la persistencia de la inestabilidad pupilar; por el contrario, el mismo observador afirma que la llamada reacción pupilar simpática falta, generalmente, en los casos de parálisis del óculo-motor; de modo que llega á la conclusión de que todos los movimientos del iris son debidos á una variación del tono del óculo-motor; es decir, que su opinión es diametralmente opuesta á la que, según he indicado anteriormente, atribuye al simpático la inervación exclusiva del iris.

La alusión que acabo de hacer á la intervención de la corteza cerebral en la dilatación pupilar por excitación sensitiva, me sirve de transición para pasar al examen del reflejo psíquico. El primer dato sobre la influencia de los procesos psíquicos en el diámetro de la pupila, se debe á Gratiolet, quien señaló la dilatación pupilar que acompaña á la intensa emoción de miedo; lo mismo se ha observado en todos los violentos movimientos del ánimo, estados de ansiedad, etc.; y hoy está demostrado que todos los fenómenos psíquicos un poco intensos, los impulsos voluntarios, los esfuerzos de atención, las vivas representaciones imaginativas, las modificaciones del tono afectivo, todo da lugar á una reacción pupilar. Esta íntima conexión del diámetro pupilar con los procesos psíquicos explica un hecho que ya he mencionado anteriormente, el hecho de que en el estado fisiológico el iris no permanece nunca inmóvil, sino que presenta incesantes oscilaciones; esta condición es la que se conoce con el nombre de inestabilidad pupilar fisiológica; se intentó explicar este estado por las variaciones de la presión sanguínea, debidas á alteraciones mínimas en la actividad respiratoria y cardíaca; pero las investigaciones de Laqueur, entre otros, han demostrado la inexactitud de esta explicación, evidenciando la independencia de ambos fenómenos; la inestabilidad pupilar no falta en ningún individuo sano, y gradualmente desaparece en la tabes y la parálisis general, proporcionalmente al reflejo luminoso. La principal propiedad de esas oscilaciones pupilares, según Bumke, es su carácter rítmico: en la ausencia de excitaciones intensas, externas é internas, tienen una extensión de un milímetro y se repiten de 30 á 120 veces por minuto.

Digitized by Google

Aparte de esta inestabilidad pupilar continua, la influencia psíquica determina cambios pupilares tanto más interesantes cuanto que sólo en determinadas condiciones se producen. Budge ha citado el caso de un sujeto que dilataba ó estrechaba su pupila á voluntad, sin más que representarse imaginariamente un espacio oscuro ó claro; Domnich habla de otro individuo que obtenía el mismo resultado sin más que pensar en un objeto lejano ó distante. Pero el trabajo fundamental sobre el reflejo pupilar psíquico ó cortical se debe á Haab, en 1885; este investigador observó que cuando se coloca á un sujeto en una cámara oscura, con un foco luminoso de escasa intensidad colocado fuera del campo visual, siempre que se fija la atención del sujeto sobre la luz se produce una contracción de la pupila; y si luego se le hace que piense en un punto oscuro, aquélla se dilata. Haab consideraba este fenómeno como un hecho fisiológico, y le explicaba por una acción refleja con centro cortical, mientras que el reflejo luminoso ordinario residía en los centros inferiores; suponía que de la corteza cerebral partían fibras que conducían la excitación á las fibras pupilares del óculo-motor.

Heddeus no admite esta explicación, y supone que la contracción pupilar observada en la experiencia de Haab, al hacer pensar en el objeto luminoso, es un movimiento no reflejo, sino sinérgico, combinado con un simultáneo esfuerzo de acomodación.

En fecha reciente ha estudiado Piltz muy detenidamente el reflejo psíquico; completando la experiencia de Hach, ha demostrado que si se coloca en la periferia del campo visual un objeto negro, y se hace concentrar en él la atención, la pupila se dilata; ha comprobado también que por la representación de un foco luminoso se contrae la pupila, y que se dilata al pensar en un objeto oscuro.

Por el contrario, Bumke, repitiendo la experiencia de Haab y de Piltz con las mayores precauciones, para evitar la ingerencia de factores extraños, no ha observado nunca la pretendida contracción pupilar; Bach no la ha encontrado más que en dos sujetos de cuarenta y ocho examinados; por consiguiente, no debe, según estos autores, considerarse como un fenómeno normal, sino como un hecho accidental, como una anomalía acaso reveladora de un proceso patológico análogo á los estados crepusculares histéricos (Bumke); esto siempre que se haya eliminado toda coincidencia de acomodación y de convergencia, pues en este caso dejaría de ser un reflejo para convertirse en un movimiento sinérgico. En cuanto á la dilatación pupilar que se produce al fijar el pensamiento en un objeto oscuro, indudablemente existe, pero no debe considerarse como un fenómeno especial, sino simplemente como un caso particular de un hecho general ya referido: de la dilatación pupilar determinada por todo proceso psíquico de mediana intensidad.

Digitized by Google

Queda, pues, reducida la influencia psíquica sobre la pupila, según los modernos estudios, á la dilatación de ésta por la excitación psíquica (fenómeno idéntico al producido por la excitación sensitiva) y á la inestabilidad pupilar normal, en la que intervienen tanto las irritaciones sensitivas como las psíquicas.

Nada se sabe acerca de la localización cortical del centro pupilar ni de las vías que sigue el impulso reflejo. Betcherew supone que el reflejo psíquico consiste esencialmente en una inhibición del reflejo luminoso; se funda para ello en el hecho de que cuando la conductibilidad está abolida en un nervio óptico, y se cierra el otro ojo, la reacción pupilar se suspende, mientras que se observa en ambas pupilas cuando la luz tiene acceso al ojo sensible.

Los movimientos asociados del iris tienen también gran importancia diagnóstica, sobre todo cuando se investigan comparándolos con los movimientos reflejos que acabo de estudiar; así, la persistencia del más importante de los movimientos sinérgicos, la contracción de la pupila en la visión próxima, con abolición del reflejo luminoso, constituye uno de los fenómenos pupilares más interesantes y de mayor valor diagnóstico: el signo de Argyll-Robertson.

Dos son los movimientos pupilares asociados que he de estudiar: la reacción de convergencia ó contracción acomodativa, y el fenómeno del orbicular ó signo de Westphal-Piltz.

La llamada reacción de convergencia consiste en el estrechamiento de la pupila, que coincide con la fijación de los objetos próximos. En el acto de la visión cercana, prodúcense en la musculatura ocular tres fenómenos combinados: la convergencia de los globos oculares, la contracción del músculo de Brücke, que produce el abombamiento del cristalino, y la contracción del esfínter irídeo, que da lugar á la disminución del diámetro pupilar. Hay que comenzar por discutir si estos tres movimientos son autónomos, de acción directa, ó si alguno de ellos está subordinado á los otros dos; respecto de la contracción de los rectos internos que produce la convergencia, y del músculo ciliar, agente inmediato de la acomodación, no cabe la menor duda de que ambos son movimientos directamente dependientes de la voluntad, destinados á la inmediata ejecución del acto que se pretende realizar; pero en cuanto al tercer factor muscular, á la contracción del esfínter del iris, no puede concedérsele la misma autonomía, debiendo considerársele como esencialmente dependiente de los otros dos, ó por lo menos de uno de ellos, pues no hay ninguna prueba de que el esfínter del iris pueda obedecer directamente á la voluntad; los casos de parálisis oculares en que, siendo imposible la convergencia y la acomodación, y estando abolido el reflejo luminoso, se produce una contracción pupilar cuando se intenta fijar un objeto próximo, no signifi-

Digitized by Google

can otra cosa sino que las conexiones entre los tres músculos, recto interno, ciliar y esfínter irídeo, no son periféricas, sino centrales, bastando que el impulso central se engendre para que ponga en acción á cada uno de los factores del movimiento sinérgico (Bumke, op. cit.).

Aunque bajo el punto de vista anatómico, teniendo en cuenta las íntimas conexiones de la inervación del músculo ciliar y la del esfínter del iris, parecería lógico admitir que la contracción sinérgica del iris depende de la acomodación más bien que de la convergencia, hay argumentos de gran peso que hacen más verosímil la opinión contraria; así, numerosos experimentos de Obbers, Weber, Donders, etc.) han demostrado que en la visión próxima la intensidad de contracción pupilar no es proporcional á la aproximación del punto de mira, sino al grado de convergencia, y que en el ojo artificialmente miope que converge, pero no acomoda, hay contracción pupilar, mientras que en el hipermetrope artificial, que acomoda sin convergencia, no se presenta. Marina trata de explicar esta producción de la contracción pupilar por la convergencia, suponiendo que al inclinarse hacia dentro el globo ocular se produce una excitación del ganglio oftálmico, en el cual, como se recordará, coloca él el centro de los movimientos del iris.

Más difícil de observar que la reacción de convergencia es el llamado fenómeno del orbicular ó de Westphal-Piltz. Aunque Graefe, Galassi y Moeli habían ya observado la contracción pupilar determinada por la oclusión de los párpados, no se dió la debida importancia á este hecho hasta que Westphal y Piltz le estudiaron minuciosamente, describieron sus condiciones de producción y fijaron su significación. En el acto de cerrar los párpados se produce en el iris un doble movimiento: uno reflejo de dilatación pupilar por cesación de la excitación luminosa y otro de contracción, sinérgico con la oclusión pupilar; en condiciones normales aquél enmascara á éste, pero si la sensibilidad luminosa refleja está abolida, el último se verifica con toda libertad. Claro es que este movimiento de contracción pupilar no puede observarse directamente, sino solamente deducirse de la dilatación correspondiente que tiene lugar al abrir nuevamente los ojos, ó bien, según ha demostrado Piltz, intentando cerrar los ojos, pero oponiéndose mecánicamente á su oclusión. El fenómeno del orbicular es un hecho fisiológico que se observa en todos los individuos sanos siempre que se tomen ciertas precauciones para evitar el reflejo luminoso (disminución de la intensidad lumínica durante la oclusión palpebral, exposición prolongada previa de la retina á la luz, acción de la cocaína á débil dosis).

Según se ha visto al tratar del reflejo pupilar sensitivo, toda excitación corpórea da lugar á una dilatación pupilar; pero esta ley

Digitized by Google

sufre excepciones en la esfera de distribución del trigémino; por ejemplo, una excitación de la conjuntiva da lugar á miosis, la irritación neurálgica de las fibras oculares del trigémino la provoca también (Bach). Esta excepción á la regla general se explica porque la excitación de esos determinados puntos del territorio del trigémino dan lugar á una reacción defensiva de oclusión palpebral, á la que se asocia la contracción pupilar, que disimula la dilatación debida á la excitación sensitiva. En suma, según Bumke (op. cit.), la miosis acompaña á toda oclusión palpebral, sea voluntaria (intentada ó efectiva) ó refleja, la midriasis á toda excitación del trigémino, siempre que no dé lugar á oclusión palpebral.

Se ha supuesto (Schanz) que el fenómeno del orbicular era una consecuencia puramente mecánica de la oclusión palpebral; pero el hecho de que se observe también en la parálisis facial periférica está en contradicción con esta hipótesis.

Kühne le consideró como un reflejo, suponiéndole producido por la compresión que ejerce el orbicular al contraerse sobre el globo ocular. Bumke rechaza esta opinión, fundándose sobre todo en el resultado negativo de los experimentos de irritación facial periférica, en los cuales, según dice, se cumplen todas las condiciones requeridas para la provocación del reflejo.

La hipótesis más verosímil es la de Westphal y Piltz, que consideran á este fenómeno como un movimiento asociado, como la consecuencia de la excitación simultánea del óculo-motor y del facial, siendo esta opinión la aceptada en las obras modernas.

(Continuará.)

Madrid, 1.° Febrero 1906.

Digitized by Google

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Aparato digestivo.

POR EL DR. R. L. Y YAGÜE.

I. *Valor del punto pancreático de Desjardins y zona pancreático-colédoca de Chauffard.*—De un interesantísimo artículo de Mr. Chauffard, tan competente en hepatología, publicado en la *La Semaine Médicale* (núm. 2, 10 Enero 1906), tomamos esta nueva delimitación topográfica, indudablemente de gran valor clínico.

Sabido es que Desjardins ha intentado precisar lo más claramente posible el sitio en donde se siente el dolor en las afecciones pancreáticas, refiriéndolo al situado sobre la línea axilo-umbilical derecha, á 6 centímetros, término medio, sobre el ombligo, que ha designado con el nombre de *punto pancreático.*

Pero ¿es exacta esta situación? Chauffard ha querido comprobarlo, y con su interno Rivet ha implantado largas clavijas de acero en diez cadáveres, al nivel de este punto y sobre el trayecto de una línea que se precisara luego, y han visto que la aguja hundida sobre la línea axilo-umbilical á 7 y aun á 6 centímetros por encima del ombligo, cae demasiado alta y afuera, quedando extrapancreática; hundida á 5, dos veces ha penetrado en plena cabeza pancreática; cuatro veces ha pasado su límite; cuatro ha atravesado la luz de la curva duodenal en su parte superior, media ó inferior.

El punto de Desjardins, aun bajado á los 5 centímetros, no puede, pues, ser considerado como riguroso, y corresponde á una delimitación demasiado estricta. Si se quiere dar un punto de mira clínico, aun conformándose, en los límites de lo posible, á la realidad anatómica, no es *un punto* lo que es necesario delimitar, sino *una región*, y las averiguaciones hechas le parecen á Chauffard posible permitirlo. Una construcción geométrica muy sencilla permite obtener sobre la pared la proyección de la que Chauffard propone llamar *zona pancreático-colédoca;* es decir, espacio correspondiente á la cabeza del páncreas atravesada á lo largo por el colédoco.

Tomemos el ombligo como punto de mira, y desde él tracemos una horizontal y una vertical, formando ángulo recto, cuyo vértice corresponda al ombligo, y luego marquemos la bisectriz de este ángulo. La zona pancreático-colédoca está comprendida *entre la línea*

Digitized by Google

vertical y la bisectriz del ángulo, sin pasar por arriba de una altura de 5 centímetros sobre ésta, ni llegar por abajo hasta el ombligo. Esta delimitación cutánea le parece bastante exacta, al menos para los sujetos cuya pared abdominal no es demasiado gruesa, porque, de lo contrario, el ombligo mismo tiende á desplazarse por consecuencia del prolapso adiposo de la pared.

Como se ve, la zona pancreático-colédoca está situada más baja y adentro que el punto vesicular, y una línea que reuniera las dos regiones correspondería bastante exactamente al trayecto del colédoco.

II. *La esplenocleisis: nueva operación contra la anemia esplénica y la enfermedad de Banti.*—Mr. Schiassi, *privat docent* en la Facultad de Medicina de Bolonia, después de estudiar en un hermoso artículo original la fisiología patológica de la anemia esplénica y la enfermedad de Banti, propone contra ella una nueva intervención quirúrgica, que denomina esplenocleisis (*espleno,* bazo; *cleisis,* yo encierro, rodeo, estrecho).

Los fundamentos son los siguientes, basados en la patogenia de la *anemia esplénica* (acompañada de gran esplenomegalia, sin leucemia ni adenopatías): En individuos con debilidad congénita del aparato hematopoyético, una infección, las más de las veces intestinal, los gérmenes invaden la sangre y se localizan en el bazo, receptor común, y quizás en estos casos aumentado, determinando modificaciones estructurales con hipertrofia, espesamiento de la cápsula, agrandamiento de las trabéculas, deformación y esclerosis de los corpúsculos de Malpighio y alargamiento de las lagunas que cubren con frecuencia el endotelio proliferado; trastornos anatómicos que originan: disminución ó aun supresión de la producción de linfocitos; perturbación de la hematopoyesis y exaltación de la eritrogenisis por aumento de la secreción de liénasa, fermento que en tales condiciones anatómicas puede atacar gravemente la integridad de los hematíes; alteraciones todas compensadas, primero, por la exaltación compensadora del funcionalismo de otros órganos hematopoyéticos (medula, senos glandulares); pero que, cuando éstos se debilitan, acaban por originar la anemia progresiva, que lenta pero fatalmente conduce á la caquexia y á la muerte.

Para combatirla se ha propuesto y hecho ya en la enfermedad de Banti (esplenomegalia primitiva, seguida de anemia remitente, progresiva, y luego de cirrosis hepática con ascitis, sin adenopatías las más de las veces) la ablación del bazo; pero su gran mortalidad (no toda confesada); sus grandes peligros en todo sujeto con disminución marcada de la hemoglobina (conclusión del Congreso francés de Cirugía), por la sustracción de tan gran cantidad de sangre

Digitized by Google

como tiene el bazo tan aumentado; por sus adherencias frecuentes; por su influencia gravemente perjudicial sobre la circulación cerebral; el gran riesgo de colapsos irreparables y la facilidad de complicaciones post-operatorias (hematemesis, melenas, bronconeumonías, insuficiencia hepática grave, ileus paralítico y espasmódico, etcétera), hacen que deba ser sustituída por otra operación que, con menores riesgos, modifique ventajosamente el metabolismo esplénico; esto no parece posible más que con la esplenectomía, apoyándose Banti, en particular, en el razonamiento teórico y en la curación completa de los enfermos que han sobrevivido á la operación.

Pero ésta no es necesaria: ligada la afección á un fenómeno bioquímico que daña la sangre en *el interior* del bazo y no en otra parte, puede bastar con disminuir la cantidad de sangre que circula en las lagunas esplénicas y hacer más rápida la circulación intraesplénica, fines que pueden conseguirse con la esplenocleisis, que tiene por objeto provocar el desenvolvimiento de una ancha cápsula conjuntiva que rodee la mayor parte del bazo, para lo cual coloca y deja alrededor de él, durante seis á diez días, gasa ligeramente iodoformada, procediendo del modo siguiente: larga incisión, paralela y á dos traveses de dedo por debajo de las falsas costillas izquierdas, desde el epigastrio á la línea axilar media; examen del bazo; introducción de la mano izquierda por debajo del polo inferior é introducción de una lámina de gasa que rodee bien su parte inferior, y lo mismo por la cara interna hasta el íleo, por la cara externa hasta el fondo del hipocondrio, procurando su contacto con la primera, y por el polo superior, de manera que quede lo más rodeado posible y haciendo que los extremos de las gasas salgan por los ángulos superior é inferior de la herida; raspado de la superficie del bazo con la cucharilla cortante (quitando si se quiere un pequeño trozo cuneiforme para examen histológico, suturando esta sección) y sutura por planos. El tejido conjuntivo y los vasos neoformados concurren á disminuir la hiperemia pasiva intraesplénica y acelerar su circulación.

Ha operado así dos mujeres, cuya curación data de un año. Para apresurar el restablecimiento hemático conviene luego administrar medula ósea fresca, tan útil en las anemias, según las experiencias de Allau y otros, é ineficaz en la esplénica si no se opera, aunque se asocie al reposo en el lecho y la buena alimentación que la complementan.

En cuanto á la enfermedad de Banti, se trata de esplenomegalia primitiva con cirrosis hepática secundaria de causa esplenógena, y de aquí las mayores seguridades de la insuficiencia hepática después de la ablación del bazo ó la posibilidad de la atrofia aguda del hígado, como ha sucedido en los últimos casos que Banti ha hecho

Digitized by Google

operar á Colzi; de aquí que lo mejor sea la omentopexia con esplenocleisis. (La esplenocleisis contra la anemia esplénica y la enfermedad de Banti; *La Semaine Médicale,* núm. 7, 14 Feb. 1906.)

III. *La cura operatoria de la enterocolitis por hipertrofia de la S ilíaca (flexomegalia).*—V. M. Rosano se ocupa de esta rara afección *(Méd. Obozvèniye,* 1905, núm. 16).

Existe una forma de enterocolitis rebelde á todo tratamiento médico, debido á un desenvolvimiento excesivo de la S ilíaca, que formando un asa más ó menos larga; se desplaza, se acoda y se estrangula muy fácilmente, sobre todo durante los movimientos un poco bruscos del enfermo.

De este cambio en la estática intestinal resultan trastornos circulatorios en la S ilíaca, éxtasis venoso en la parte situada por encima de la acodadura, que determinan la hipertrofia de las paredes intestinales, cuya mucosa se ulcera á veces, así como adherencias con el peritoneo, el mesenterio y otras asas intestinales. Tales fueron las lesiones que pudo observar Rosano, jefe de clínica quirúrgica en el hospital Staro-Ekatèrinenoky, de Moscou, en los cuatro casos de enterocolitis por flexomegalia que ha tenido ocasión de observar, y cuyas alteraciones no serían tributarias más que de la intervención quirúrgica.

El diagnóstico clínico no sería difícil de establecer por insuflación, pues permite ver que la S ilíaca forma un asa de las mayores, extendiéndose hacia la derecha hasta más allá de la línea media del abdomen.

El tratamiento quirúrgico debe atender necesariamente á reducir la longitud excesiva de la S ilíaca, pero la resección intestinal no podría practicarse por su gravedad extraordinaria, que impide emplearla contra una enfermedad relativamente benigna, con la que se puede vivir indefinidamente.

Por ello ha recurrido Rosano en sus cuatro casos á la exclusión parcial de la S ilíaca por medio de la *sigmoido-anastomosis,* con la que se puede excluir del intestino una porción de longitud suficiente para crear á las materias fecales una vía más directa y más corta.

Como al nivel de la S ilíaca las heces son habitualmente voluminosas y duras, es necesario establecer ancha entero-anastomosis (de siete á ocho centímetros), y en previsión también de cierto estrechamiento cicatricial del nuevo orificio.

Al mismo tiempo se seccionan las adherencias adventicias de la S ilíaca con las vecindades.

Cuando la exclusión afecta una porción extensa, se hará bien en fijarla por dos ó tres puntos de sutura al peritoneo de la pared ab-

Digitized by Google

dominal anterior (colopexia), para que la parte excluída no venga á ser cogida entre las asas móviles del intestino delgado. Es necesario también obliterar por uno ó dos puntos de sutura la cavidad formada por el mesenterio de la porción intestinal excluída, á fin de impedir así la estrangulación en este fondo de saco de las asas del intestino delgado.

La operación misma permanece extraperitoneal, con lo que todo peligro de infección de esta serosa queda descartado. La técnica es de las más sencillas: practicando una incisión oblicua de las paredes abdominales, simétrica de la de la apendicectomía, se puede con frecuencia pasarse sin seccionar los músculos, de la que sólo se separa las fibras, con la que se pueden evitar la hernia postoperatoria. En los cuatro casos intervenidos el resultado no ha dejado nada que desear; todos los trastornos morbosos (constipación, dolores, deposiciones glerosas, á veces sanguíneas, meteorismo, etc.) han sido suprimidos de golpe de una manera definitiva.

IV. *Método de cateterismo del esófago.*—En la Sociedad médica de Hamburgo ha expuesto Adam un nuevo método de cateterismo esofágico que merece ser conocido; se sirve de una sonda sin ojos, que llena de mercurio y tapa sólidamente con un tapón, la cual se desliza por su propio peso sin otra maniobra en un esófago normal, y penetra sin esfuerzo en tanto que el estrechamiento no es muy acentuado.

Con frecuencia ha empleado Adam esta manera de sondar en estrecheces cancerosas. En un enfermo atacado de cáncer esofágico, un bolo de bismuto se ve detenerse por encima del diafragma al examen radioscópico. El cateterismo practicado con sonda ordinaria, blanda, fenestrada, del núm. 11, no da resultado, en tanto que la sonda con mercurio del mismo calibre entra con facilidad. El enfermo, que no podía tragar más que líquidos, con trabajo, ha podido bien pronto tomar alimentos en puré. Hasta el presente, desde hace siete meses, el cateterismo practicado todos los días ha logrado mantener abierto el estrechamiento.

Esta sonda ha sido empleada en un solo caso de espasmo esofágico en que no se pudo lograr el cateterismo con la sonda ordinaria, y con la de mercurio se logró á la primera tentativa, bastando algunas sesiones para curar al enfermo; habiendo sido fácil convencerse por examen radiográfico que la sonda habia franqueado en realidad el obstáculo y penetrado en el estómago. (*Revue de Thérapeutique,* núm. 4, 15 Feb. 1906.)

V. *Tratamiento de las fístulas biliares.*—M. Patel se ocupa de esta clase de fístulas, que suceden con demasiada frecuencia á la

Digitized by Google

colecistostomía, en un artículo publicado en la *Gaz. des Hôp.* (24 de Octubre de 1905).

El enfermo, aliviado de los accidentes dolorosos de la litiasis biliar, se queja de su fístula al cirujano; muchas se curan en dos ó tres meses, y parece que, como para las fístulas gástricas, se cierran más pronto cuando se ha tenido cuidado de suturar al peritoneo parietal. Pero con frecuencia su intervención se hace necesaria, la cual las adherencias anormales hacen peligrosa, no siendo seguros sus resultados; por lo que Patel preconiza la *cura alimenticia,* que fué Jaboulay el primero en proponer, utilizando el hecho de que durante los períodos digestivos son en los que menos bilis se vierte por la fístula, siendo los derrames casi exclusivamente nocturnos.

De ahí surge la indicación clara de aumentar el número de comidas hasta darlas cada tres horas. Tal medio ha dado lugar á la oclusión, á los doce días de emplearlo, de una fístula biliar consecutiva á colecistitis calculosa supurada, rebelde á todo tratamiento. Es la oclusión fisiológica del canal accesorio, manteniendo la facilidad por el colédoco, fenómeno natural durante la digestión.

Es, pues, necesario aplicar la cura alimenticia de ahora en adelante: 1.°, desde el principio, después de la colecistostomía, para abreviar la duración de la fistulación; y 2.°, cuando se trate de una fístula antigua, antes de emplear ningún procedimiento operatorio. (*Revue de Thérapeutique,* 1 Diciembre 1905.)

VI. *La descapsulación renal en la cirrosis hepática común.*—Habiendo podido comprobar Focas, de Atenas, la acción diurética de la descapsulación renal en nueve casos de nefritis, uno de ellos con ascitis, que desapareció completamente en pocas semanas, ha pensado utilizarla en el tratamiento de la ascitis, y la ha ejecutado en un hombre sin nefritis afecto de cirrosis palúdica con ascitis.

La operación fué practicada en el lado derecho, estando concluída en quince minutos con sólo empleo de 6 gramos de cloroformo. Desde el primer día aumentaron la diuresis y la eliminación de urea, y al noveno el perímetro umbilical había disminuído 10 centímetros.

Sin querer sacar conclusiones prematuras de este hecho, añade que la descapsulación carece de riesgo, y, en todo caso, no es más peligrosa que la operación de Talma ó sus derivadas. (Sociedad de Cirugía, sesión del 17 de Enero de 1906; la *Semaine Médicale,* número 4, 24 de Enero de 1906.)

VI. *Intervención quirúrgica en la perforación de las úlceras tíficas.*—R. Dalziel dice, ocupándose de esta materia, en *Glasgow Méd. J.* (Octubre 1905): «Los progresos recientes de la cirugía abdo-

Digitized by Google

minal han acabado por demostrar que todos los casos de perforación del intestino en la fiebre tifoídea deben ser inmediatamente operados, y la experiencia enseña que se puede así salvar muchas existencias. Estadísticas americanas indican una proporción de 40 por 100 de curaciones, pero se trata sin duda de una serie de casos felices que es difícil encontrar en circunstancias ordinarias. No es, sin embargo, improbable que la curación se pueda obtener en el 20 á 25 por 100 de los casos de perforación.

Es tan urgente suturar una úlcera tífica perforada como una úlcera perforante del estómago, aunque el pronóstico no sea tan bueno. En ambos casos el resultado depende mucho de la rapidez de la intervención, en seguida de la perforación y probablemente también de la naturaleza de las culturas que invaden el peritoneo. Y así se ha comprobado que todos los casos de infección estreptocócica han sucumbido, por ligera que fuese la infección y pronta la intervención, en tanto que los casos de peritonitis debidos al colibacilo han curado casi todos; los debidos á estafilococos ocupan una posición intermedia.

Los síntomas están con frecuencia enmascarados por los caracteres de la enfermedad; en la mayor parte de los casos puede ser hecho fácilmente; en otros permanece dudoso; se puede hacer entonces una incisión exploradora, que ofrece poco peligro cuando se hace con cocaína.

La operación común es extraordinariamente sencilla. Con ayuda de un anestésico general ó de una inyección de cocaína se hace sobre la línea media, por debajo del ombligo, una incisión aproximadamente de tres pulgadas. En la mayoría de casos la perforación se encontrará en los últimos sesenta centímetros del íleon. No se ha hallado perforación del apéndice, y sólo se ha encontrado una en el colon. Es curioso que en muchos casos de perforación la ulceración era solitaria; en varios casos había varias perforaciones en el momento de la operación, y en otros sobrevinieron secundariamente.

En el hospital de Glasgow la proporción de curación ha sido 15 por 100.

No hay accidente que exija precauciones asépticas más severas que la peritonitis por perforación.

Dermatología.

POR EL DR. LUIS MARCO.

El Dr. Ox (de *Le Matin*), hablando acerca del estado actual de la röntgenterapia, manifiesta que el verdadero triunfo terapéutico, tal vez el único indiscutible, es la curación de la tiña tonsurante. Tratada por la depilación, era en otro tiempo una enfermedad cuyo

Digitized by Google

tratamiento requería, en el Hospital de San Luis, cuartel general de los muchachos tiñosos, dos años seguidos de estancias para conseguirse la curación.

Hoy, gracias á la radioterapia, tal como la ha organizado el doctor Sabouraud, se cura la tiña en una sesión por el empleo de los rayos X, científicamente dosificados. Los cabellos infiltrados por el parásito se caen por completo, y brotan sanos á los dos meses y medio. La duración de la permanencia en el hospital queda reducida á tres meses, como máximo. Y el provecho no es menor para la Beneficencia pública que para los enfermos. Puede estimarse en *millón y medio de francos* el beneficio que la radioterapia de las tiñas asegura al presupuesto hospitalario.

***

La notable revista *Malpighi (Gazzetta Medica di Roma)* extracta una conferencia de Mery acerca del tratamiento del impétigo crónico. Recomienda el autor que se modifique lo más profundamente posible el terreno, por los medios que actualmente se emplean; y que desde el principio se haga caer las costras, valiéndose de compresas empapadas en agua caliente. Luego se hacen lavados con el agua de Alibour, diluída en cinco ó seis tantos de agua esterilizada. Evítense los demás antisépticos, como el sublimado y el ácido fénico, pues producen malos efectos. Después se untarán las lesiones con una pomada de cinc como la siguiente fórmula:

Almidón	aa.	10 gramos.
Oxido de cinc		
Vaselina		20 »

Puede reemplazarse este ungüento con un polvo sencillo (por ejemplo, el subcarbonato de hierro) ó una mezcla de óxido de cinc y bismuto.

Para evitar las inoculaciones, cuídese de recubrir las lesiones con trocitos de emplasto de Vidal y cauterizar con solución de nitrato argéntico al décimo.

La cura es, á menudo, más difícil en las mucosas. En la blefaritis impetiginosa puede aplicarse esta pomada:

Oxido amarillo de mercurio	20 centigr.
Vaselina	10 gramos.

Las soluciones antisépticas son á veces muy irritantes y mal soportadas por las mucosas. Pueden utilizarse con ventaja la pomada de calomelanos al vigésimo, y los lavados con agua oxigenada.

***

Digitized by Google

La misma revista italiana toma de la *Réf. Méd.* el tratamiento del psoriasis propuesto por Jeanselme, quien considera á esta enfermedad como de origen discrásico y nervioso. Por tanto, desde el punto de vista profiláctico, será útil hacer uso del régimen vegetalista, evitar el alcohol y los condimentos, darse diarias lociones calientes y emplear los arsenicales.

El tratamiento local consiste, ante todo, en embadurnar la piel con un cuerpo grasiento (vaselina, *cold-cream*) ó tomar baños de almidón. En las placas psoriásicas, entre otros varios remedios, Jeanselme prefiere el empleo del aceite de enebro, según esta fórmula:

Emplasto simple.....		100 gramos.
Cera amarilla.....	aa.	50 »
Aceite de enebro.....		

El ácido crisofánico es irritante, y el ácido pirogálico es tóxico; este último se emplea en pomada, sin pasar de la proporción del 1 por 10.

En el psoriasis irritable, será suficiente una pomada inerte, compuesta (á partes iguales) de vaselina, lanolina, talco y óxido de cinc.

*
* *

Según comunicación á la Sociedad de Medicina de París *(Progrès Médical)*, puede tratarse la sífilis por un nuevo compuesto mercurial órgano-metálico, no tóxico, llamado *levurargirio,* introducido en la terapéutica por Stassano y Belgodere. Es el núcleo-proteido extraído del fermento de la cerveza cultivado en un medio que contenga mercurio. Este metal se encuentra en la proporción del 5 por 100 en combinación con las sustancias nucleínicas, y, por consiguiente, en la misma forma en que el mercurio se mantiene en los tejidos después de asimilarse, cuando se practican las consuetudinarias inyecciones de sales mercuriales.

El nuevo compuesto se administra en inyecciones hipodérmicas de 10 y hasta 20 c. c.; tiene sobre todos los preparados mercuriales hoy en uso la ventaja de no ser tóxico ni irritante para los tejidos, y no dar origen, por consiguiente, á ninguna reacción local. Además, mientras que con las sales ordinarias de mercurio se elimina en gran parte el metal con rapidez por la orina y las heces, la eliminación es lenta y transitoria en la combinación con las nucleínas; eso prueba que esta combinación se asimila fácilmente y se fija en los tejidos, como si se tratase de un producto no tóxico ó á lo menos no extraño al organismo.

Los autores han empleado el nuevo remedio en 21 casos de sífilis de gravedad variable, y han obtenido resultados óptimos. En

Digitized by Google

efecto, no tuvieron que lamentar ninguno de los inconvenientes debidos á la intoxicación mercurial, y lograron en sus enfermos una mejoría rápida y progresiva, con un aumento cuotidiano de 36 gramos por término medio, hasta curación completa.

Creen que el compuesto órgano-metálico por ellos obtenido es el remedio preferible para el tratamiento de la sífilis, en especial cuando existen lesiones renales ó se trata de individuos muy sensibles á la acción tóxica de los compuestos hidrargíricos.

***

La tesis de Doctorado de D. Eduardo Masip Budesca (*Dos palabras sobre Helioterapia*) y la comunicación del mismo al XV Congreso internacional de Medicina reunido en Lisboa (L'HELIOTHÉRAPIE: *Action thermo-photo-chimique des rayons solaires sur notre organisme*) son dos trabajos que honran á su inteligentísimo autor. Contienen muchos y buenos datos, bien metodizados y expuestos, con las debidas aplicaciones á la terapéutica; todo ello de un modo conciso y preciso. La tesis doctoral obtuvo la calificación de sobresaliente.

No pudiendo extractar tan concienzudos trabajos, me limito á transcribir las conclusiones del primero de ellos.

«La luz solar obra como agente fisiológico, higiénico y terapéutico.—Todos los tejidos vivos son permeables á la luz solar, y puede hacérsela llegar á las cavidades y al interior de los órgãnos, produciendo efectos terapéuticos sensibles.—Los rayos actínicos parece son los que tienen una acción electiva sobre la célula animal y los que poseen en más alto grado el poder microbicida, especialmente sobre el bacilo de Koch.—La experiencia nos prueba que los efectos favorables terapéuticos de la luz solar son indiscutibles, especialmente donde es preciso aumentar las asimilaciones y sanguificación ó reforzar la reabsorción de exudados é infiltraciones.—Los baños solares son, al parecer, superiores á todos los demás en que se emplea la luz no solar, por las ventajas de la ventilación más perfeccionada.—Los baños solares, científicamente aplicados, no se hallan contraindicados, ni en los enfermos ni en los viejos, con lesiones cardíacas ó de los vasos.—Los neurasténicos, histéricos ó personas débiles, de sobrexcitabilidad del sistema nervioso, parece se: deben usar cortinillas azules al tomar el baño solar.—La luz solar obra sobre el organismo bajo la doble acción de agente físico-dinamógeno y microbicida, modificando las funciones celulares y destruyendo el elemento patógeno.—La luz solar da vida, actividad, y, por tanto, medios de defensa al organismo contra el factor etiológico.—Los resultados obtenidos por la luz solar están en razón directa de su duración é intensidad.—La luz solar obra como

Digitized by Google

agente antiséptico y analgésico en muchos casos.—Los rayos solares ejercen una acción resolutiva, estimulan la actividad de los tejidos y ayudan á la cicatrización rápida (adenitis y artritis tuberculosa).—La Helioterapia produce sobre el organismo dos fenómenos esenciales: de excitación el uno y de depresión el otro; con cuyos efectos, científicamente aplicados, pueden curarse muchas enfermedades (piel, riñones, gota, reumatismo, lupus, neoplasias malignas superficiales, anemia, debilidad, tuberculosis, etc.), estando llamada á ocupar en la terapéutica el lugar que la corresponde como agente del porvenir.»

Estomatología.

POR EL DR. LANDETE.

Perforaciones del velo del paladar en la escarlatina. (Mery y Halle, *Arch. de med. des enf.*, Dic. 1905.)

Una de las complicaciones bucales de la escarlatina son las perforaciones del velo del paladar, las cuales se presentan cuando la infección reviste caracteres de gravedad.

Hay una variedad de angina escarlatinosa precoz, que se caracteriza por la presencia de unas ulceraciones que pueden ser superficiales ó profundas, grandes ó pequeñas, de localización diversa, y que evolucionan con suma rapidez. Si el proceso necrótico tiene alguna intensidad, si es profundo, da lugar á una perforación, que se hace súbitamente, sin haber presentado las menores señales de su existencia.

El sitio de la perforación, generalmente, es en pleno paladar membranoso; de ordinario es única, y, una vez constituída, no tiene tendencia á crecer; por otra parte, puede presentar formas diferentes, siendo la más común la ovalar, de eje máximo transversal, un poco oblicuo hacia arriba y adelante. Al nivel del fondo y bordes de la ulceración originaria, las investigaciones anatomopatológicas acusan escasa reacción inflamatoria. Parece se trata de un proceso de mortificación en masa, debido á la acción localizada de toxinas microbianas diversas, comparables bajo este punto de vista á las ulceraciones tíficas: establecida la úlcera, la perforación no es otra cosa que el último estado de este proceso. No se han encontrado ni bacilos de Löffler, ni anaerobios, ni simbiosis fuso-spirilar.

El diagnóstico debe hacerse: al principio, con la angina diftérica; más tarde, con la angina de Vicent. Las perforaciones pueden confundirse con las originadas por la sífilis, por el noma, etc.

Digamos también que las perforaciones escarlatinosas son raras; no se presentan más que en los niños y durante los doce primeros

Digitized by Google

días de la infección, que siempre es grave, con adinamia, pulso pequeño, tendencia al colapso, diarrea, hipertermia, etc., etc.

El pronóstico es extremadamente grave, pues los autores citados sólo han visto curarse á dos de sus enfermos.

El tratamiento consistirá, sobre todo, en toques de cloruro de cinc al 1 por 30.

Añadamos por nuestra cuenta, para terminar, que las perforaciones, una vez establecidas, no tienen otro tratamiento que el quirúrgico, pues los aparatos protéticos no dan ningún resultado. La operación de Brofy llena este objeto.

Tratamiento de la odontalgia por el hidrato de cloral. (Rabbagliette, *Dental Cosmos.*)

El autor deduce de sus experiencias que el hidrato de cloral es eficacísimo para quitar el dolor de los dientes. Se emplea en solución al 15 por 100, disuelto en glicerina, introduciendo en la cavidad de la carie un algodón impregnado de la mezcla indicada. El dolor cesa inmediatamente.

Estomatitis mercurial. (Dr. Prost, *R. Inter. de Clin. y Terapéut.*)

La estomatitis mercurial está favorecida por el mal estado de los dientes y la defectuosa eliminación del mercurio por la piel, el hígado, los riñones, etc., etc.

Su naturaleza es más bien infecciosa que tóxica, pues por algún tiempo se ha creído que la eliminación del mercurio por la vía bucal en los sujetos hidrargirizados era la causa de esta estomatitis. Hoy, gracias á los trabajos de Galippe, Renzi Naples, Chompret, Subirana y otros, sabemos que la eliminación del mercurio por la mucosa bucal no es otra cosa que la resultante causal de una estomatitis infecciosa, para cuyo desenvolvimiento se necesitan dos factores: el *terreno* y el *microbio.*

El primero le encontramos en casi todos los individuos, y sobre el cual debe dirigir el médico sus primeros pasos, si quiere verse libre de la presencia del accidente en cuestión en el curso del tratamiento mercurial mejor dirigido, pues el terreno está representado por una boca sucia, abandonada, con caries múltiples, raíces, ulceraciones y fungosidades gingivales, etc.

El elemento microbiano en la cavidad oral no hay para qué mentarlo, pues sobrado conocida es su inmensa y variada flora de microorganismos.

El profesor Tenneson interpreta esta patogenia asignando á la estomatitis dos fases, una congestiva y otra ulcerosa. Corresponde la primera á la eliminación del mercurio, y la segunda es obra de las

Digitized by Google

infecciones, favorecidas por el mal estado de las encías, que permite el acrecentamiento de la virulencia y la multiplicación de los parásitos bucales.

Para el tratamiento de esta afección todos están conformes en que el mismo mercurio la evita y cura. Se empieza por suprimir la medicación hidrargírica, limpieza escrupulosa de la boca, con la obturación correspondiente de caries y extracción de raíces dentarias; enjuagatorios con solución de sublimado al 1 por 4.000 ó 2.000, según los casos; alguna vez se recurrirá á los cáusticos para tratar las ulceraciones, etc., etc.

Se ha ideado un jabón por el Dr. Chompret, inspirado en los trabajos de Camescasse y de un valor profiláctico y curativo inestimable, pues, según el doctor mencionado, los resultados no pueden ser más satisfactorios.

El jabón es el siguiente, según el Dr. Prost:

Jabón mercurial	15 gramos.
Glicerina neutra	5 »
Alcohol	5 »
Bicloruro de mercurio	0,30 »
Mentol	1 »
Sacarina	0,10 »

Materia colorante, c. s.

Se prepara disolviendo el jabón en la glicerina á un calor suave; añádase ácido bórico para neutralizar el exceso de cáustico; agréguese el mentol y sublimado disuelto en el alcohol.

Se usa con el cepillo aplicado suavemente sobre los puntos ulcerados y frotando los dientes. Después de la limpieza se calma el dolor con una solución de hidrato de cloral. Bastan cuatro ó cinco días para curar la estomatitis.

El vegetalismo y la dentadura. (La Estomatología.)

Tomamos de este periódico la referencia de los ensayos hechos por el profesor Chittenden, de la Universidad de Yale, en atletas alimentados con fuertes cantidades de alimentos albuminoídeos. De ellos resulta que no es tanto la calidad de la comida como la perfecta masticación lo que influye en el buen estado de los dientes. Cree que los del hombre no están conformados para comer carne, por su forma anatómica y porque las glándulas salivares son grandes en comparación con las de los carnívoros, que son muy pequeñas; las de los mamíferos anfibios, que son rudimentarias, y los peces, que carecen de ellas.

A favor del régimen vegetal hay otras razones de índole moral y económica; entre ellas, la de que con él no suelen usarse bebidas

Digitized by Google

alcohólicas, y este vicio perjudica notoriamente á la dentadura, no sólo de un modo directo, sino hasta por herencia: he aquí por qué el régimen alimenticio influye sobre el estado de los dientes. De esto resulta la conveniencia de vigilar la dentadura de los escolares, mal nutridos, entre otras causas, por defectos de la misma. Debe implantarse un buen plan de comida vegetal con harinas, patatas, azúcar, té, arenques, margarina, etc., que resulte sana y económica, con lo cual serán rarísimas las caries y periostitis dentales.

Cita como ejemplo, para terminar, el buen estado de salud general y dentaria del pueblo japonés.

Tratamiento de la deglución dolorosa. (Font de Boter.)

Preconiza el autor los toques de *cloretona* disuelta en aceite de olivas al 10 por 100; con este método tan sencillo ha hecho desaparecer siempre y de un modo rápido y completo los dolores experimentados durante la deglución.

La facilidad del procedimiento, exento por otra parte de los inconvenientes de la cocaína y demás anestésicos locales, puesto que se puede confiar sin peligro al paciente ó á los que le rodean, hacen que este remedio terapéutico sea recomendable.

Ginecología.

POR EL DR. GUTIÉRREZ.

Valor del síntoma dolor en la práctica ginecológica, por el Dr. Cuthber Lockyer. (*La Gynécologie*, Febrero 1906.)

Desde el punto de vista clínico, el dolor es un síntoma cuyas relaciones con las vísceras es preciso investigar. En todas las afecciones viscerales existen zonas de dolor y de sensibilidad correspondientes á las inervaciones regionales por los diversos segmentos medulares. La sensibilidad en las afecciones viscerales es puramente cutánea ó subcutánea. La zona de sensibilidad está en relación estrecha con los órganos afectados: á veces tiene su asiento al lado opuesto del órgano enfermo. Los reflejos superficiales sobre la zona sensible están habitualmente exagerados.

Si un ovario está normal, la presión ejercida sobre él no causa dolor; pero si está inflamado, prolapsado ó edematoso, la presión determina un dolor localizado en la región lumbar. En las afecciones anexiales el dolor está situado al nivel de la 5.ª vértebra lumbar y de la 1.ª sacra, y aun en la ingle por encima del ligamento de Poupart.

Los dolores de la contracción del cuerpo uterino están localiza-

Digitized by Google

dos en los territorios del 11.°, 12.° y á veces del 10.° pares dorsales, y aun en el primer par lumbar.

En la peritonitis el dolor no sigue los territorios de los nervios, sino que está por encima ó por debajo del ombligo; la sensibilidad es profunda y no cutánea, y los reflejos no están exagerados. En la dismenorrea el dolor tiene caracteres diferentes cuando sobreviene al mismo tiempo ó antes de las reglas. En este último caso el dolor es muy extenso, y los reflejos abdominales, y aun los rotulianos, están muy exagerados; este dolor está con frecuencia ligado á una debilitación del sistema nervioso. En las enfermedades de esta categoría el tratamiento local hace más mal que bien, y es preciso instituir el tratamiento de la neurastenia: cura de reposo, aislamiento, guardia especial, sobrealimentación y leche adicionada al régimen. Este tratamiento se completa con el masaje, la electricidad y los baños.

Contra los dolores ováricos, cuando no existe lesión, el autor aconseja el uso del bromuro de sodio y el carbonato de amoníaco. Son útiles la quinina, la estricnina y el hierro, pudiendo ensayar también el vejigatorio al nivel del punto doloroso y las irrigaciones vaginales calientes.

Para el dolor de la metritis crónica recomienda el autor, además del tratamiento especial de esta afección, los preparados de ergotina, los revulsivos sobre la región hipogástrica; las irrigaciones vaginales calientes, las sanguijuelas sobre el cuello y los tapones con glicerina é ictiol.

Enfermedades del pulmón durante el puerperio, dependientes de trombosis y embolia, **por el profesor G. Leopold.** ***(Deutsches Archiv f. Klin. Medir.*, 1905.)**

En este trabajo, que el ilustre profesor de Dresde ha tenido la bondad de remitirnos, se encarece la importancia del síntoma ya indicado por Mahler, llamado *pulso creciente* (kletterpuls), premonitorio de una embolia.

A este propósito refiere el profesor Leopold la historia de una enferma de treinta y un años de edad que ingresó en su clínica el 14 de Octubre de 1904, al final de su primer embarazo, y habiendo sufrido en 1898 la operación de histeropexia abdominal. Examinada á su ingreso, no era albuminúrica; el corazón y los pulmones nada ofrecían de anormal; sólo presentaba numerosas venas varicosas en las extremidades inferiores. El 22 de Octubre tuvo lugar el parto espontáneo; el feto pesó 3.650 gramos.

Durante los primeros nueve días de puerperio no ocurrió nada de particular; la temperatura no pasó de 37°, y el pulso osciló entre 68 y 72 pulsaciones. Al décimo día experimentó la puérpera opre-

Digitized by Google

sión al pecho, y por la tarde dolores pungitivos al lado derecho, pero sin expectoración; la temperatura llegó á 38°,1 y el pulso á 88.

Se dispone silencio absoluto, inyección de morfina y prohibición de todo movimiento que pueda poner en juego la presión abdominal. La auscultación revela ausencia del murmullo vesicular á la base y parte posterior del lado derecho. Al día siguiente la temperatura oscila entre 37°,1 y 37°,5, pero el pulso llega á 96, presentándose esputo hemorrágico, estertores húmedos en la base de ambos pulmones, é hipofonesis al lado izquierdo. Se continúa con el uso de la morfina.

El 3 de Noviembre la temperatura oscila entre 37,6 y 38,8; el pulso, 88-108. El día 4: temperatura, 37,6-38,8; pulso, 88-174. Está mejor. El día 5: temperatura, 37,6-38,5; pulso, 96; respiración más libre. El 6: temperatura, 37,2-38; pulso, 84-92; mejoría. El día 11: temperatura, 36,5-36,9; pulso, 68-76; está bien. El 16 de Diciembre: temperatura, 36,9-37,7; el pulso sube á 88-112; y de pronto, sin causa apreciable, segundo ataque embólico; ahora al lado izquierdo. Es de notar que desde tres días antes el pulso había ido aumentando de frecuencia (de 76 á 88 pulsaciones). En la base izquierda, fuerte disminución del murmullo vesicular, ruidos de roca, vivos dolores pungitivos. En los tres días sucesivos la temperatura fué de 36,7 y 37,5; el pulso, 80 y 100. El día 21 el pulso se hizo normal; fenómenos torácicos casi desaparecidos. Después de catorce días de bienestar, con temperatura de 36,5 y 37 y un pulso de 72 á 78, se manifiesta un tercer ataque embólico, con fuertes dolores pungitivos al lado izquierdo, aspecto lívido, pulso pequeño, á 120, disnea, roce pleurítico, respiración bronquial, etc.; pero también esta vez fué anunciado por un aumento en la frecuencia de pulso de 72 á 96. Desde entonces la enferma comenzó á mejorar definitivamente. El 12 de Enero dejó la clínica.

Vista la ausencia de trastornos por parte del aparato genital, es de creer que el punto de partida del émbolo hayan sido las venas varicosas de la pierna.

Este caso enseña que siempre es necesario, durante el puerperio, apreciar con atención el estado de la temperatura y el pulso, porque de este modo se puede sorprender el fenómeno precursor del embolismo, el *pulso creciente,* cuya importancia pronóstica y profiláctica no es preciso encarecer.

Sobre la elección de un hemostásico uterino, por el Dr. C. Chase. .
(*La Gynecologie*, Febrero 1906.)

Fíjase principalmente el autor de este trabajo en dos medios hemostásicos, la *estipticina* y la *hidrastinina;* ambos productos son preparados por síntesis: el primero, por oxidación de la narcotina,

Digitized by Google

de la cual contiene el opio un 1 á 10 por 100; el segundo se obtiene por oxidación de la hidrastina. La manera de obrar de los dos medicamentos es muy parecida: son estimulantes cardíacos. Sin embargo, la estipticina posee uno de los efectos de la digital (la acción retardadora sobre el corazón y la acción sobre la presión sanguínea), en tanto que la hidrastinina obra como estimulante á la manera del éter ó del alcanfor.

La acción de la estipticina no es tan rápida como la de la hidrastinina, pero es más persistente. Ambos agentes provocan las contracciones uterinas, y esta propiedad ha hecho que sean reconocidos como remedios eficaces para detener las metrorragias de origen más diverso.

Están principalmente indicados en las hemorragias de la menopausia, en las que suceden al aborto y, sobre todo, en las que acompañan á los estados hiperplásicos no malignos, por lo cual á veces resultan de efecto seguro en las metrórragias dependientes de fibromiomas uterinos.

Si se desea obtener una acción rápida, es preciso emplear dichos medicamentos en inyección subcutánea. El autor hace uso de los dos medicamentos al mismo tiempo para estar más seguro del resultado.

Laringología.

Por el Dr. A. G. Tapia.

Dos palabras para dar una denominación adecuada á la broncoscopia superior é inferior.

Desde que en 1897 hizo Killian la primera broncoscopia, este nuevo método se ha desarrollado tan rápidamente, que por todo el orbe se propalan ya sus bienhechores efectos, colocando fuera de línea la personalidad de su inventor.

Sin embargo, teniendo en cuenta que sólo han transcurrido nueve años desde este descubrimiento, bien se puede decir que aún está en la primera infancia y, por consecuencia, aún en edad de recibir la confirmación para cambiar su nombre de bautismo.

Porque si la impropiedad de un nombre científico puede tolerarse cuando designa el objeto que se propone, jamás debe ser admitida si sugiere al lector una idea diferente de lo que se quiere significar con ella.

Y esto es lo que ocurre en el caso actual.

Dígase broncoscopia superior ó broncoscopia inferior, y la mayoría de los que lo escuchen, si no conocen el sentido especial que en este caso tienen las palabras superior é inferior, supondrá, con mucha lógica, que se trata, respectivamente, del examen de los gruesos

Digitized by Google

ó de los pequeños bronquios. Pues no; desígnase broncoscopia superior al examen realizado por vía bucal, aunque lo que se explore sean los bronquios más inferiores, y broncoscopia inferior al examen practicado á través de la herida traqueal, aun cuando sean los bronquios gruesos los que se examinen.

Y esto pugna con lo admitido corrientemente. En efecto: estamos habituados, y esto es perfectamente lógico, á que los adjetivos superior, inferior, anterior, medio, etc., indiquen la parte respectiva del órgano que se explora (rinoscopia anterior, media, posterior, uretroscopia anterior, etc.); de ningún modo el sitio por donde se introduce el aparato explorador.

Por eso yo me permito proponer las siguientes denominaciones:

a) Broncoscopia por vía natural.

b) Broncoscopia por vía artificial, es decir, que se practica á través de la herida de los traqueotomizados.

Y para abreviar, empleando las palabras siguientes de origen griego, diremos:

a) Broncoscopia stomatodial (στομα = boca : οδος = vía).

b) Broncoscopia traumatodial (τραυμα = herida : οδος = vía).

Y puesto ya á definir etimologías, he de advertir que la palabra compuesta broncoscopia tampoco debe admitirse, pues Broncos en griego significa garganta, y es Bronquia lo que se traduce por bronquio; así que la denominación más perfecta, al tratarse de estas exploraciones en los bronquios, sería la de bronquioscopia, no broncoscopia, cuyo significado es observación de la garganta.

Las palabras stomatodial y traumatodial pueden aplicarse también á la esofagoscopia, respectivamente según que el tubo sea introducido por la boca, ó por el cuello á través de la herida esofagotómica; designando esofagoscopia traumatodial retrógrada, ó simplemente esofagoscopia retrógrada, cuando el tubo esofagoscópico es introducido á través de la herida gastrostómica.

En mi modesta opinión, las denominaciones expuestas son las más exactas y no dejan de ser eufónicas. Veremos si llegan aún á tiempo de ser aceptadas, á pesar del mal hábito adquirido.

Indicaciones de la intervención operatoria en las sinusitis frontales, por M. Hajek (de Viena). *(Arch. de Laryngol.*, 1906, núm. 1.)

En su corriente avasalladora, la cirugía del seno frontal, perfecta, elegante, eficaz, ha arrastrado á la mayoría de los cirujanos con el olvido del tratamiento conservador endonasal. Así se observa que mientras Mermod, por ejemplo, ha hecho 165 trepanaciones del seno frontal, Hajek, en doce años, con una clínica de 6.000 enfermos por año, no cuenta más que con 23 casos. Y esta diferencia, contando

Digitized by Google

con que Hajek es cirujano por temperamento, no puede ser debida más que al distinto criterio en la apreciación de las indicaciones.

Para dar al tratamiento endonasal el fuero que le corresponde, y para precisar en lo posible las indicaciones operatorias, ha compuesto Hajek su interesante artículo.

Varían las indicaciones, según se trate de sinusitis agudas ó crónicas.

Sinusitis agudas.—La mayor parte de los casos curan con tratamiento médico local y general. Aquellos en que el proceso, lejos de ceder, sigue aumentando, la resección del cornete medio es la última etapa del tratamiento endonasal. Si á los síntomas subjetivos se añade tumefacción del párpado superior ó de la pared anterior ó inferior del seno, la abertura de esta cavidad está formalmente indicada.

Y para que se vea cómo aun en estos casos la curación puede obtenerse sin trepanación, cita dos observaciones de empiema agudo con periostitis de la órbita, en los cuales había inminencia de formación de un absceso orbitario. Los dos enfermos rechazaron la trepanación, y en contra de su deseo de intervenir radicalmente, hizo la resección del cornete medio; de este modo los accidentes desaparecieron, y á los pocos meses la curación fué radical. De estos dos casos no quiere deducir análoga conducta siempre; al contrario, aconseja la trepanación, y con más motivo si el absceso ha llegado á fraguarse ó si existen temores de que una complicación intracraneal se avecina.

Sinusitis crónicas.—Si existen complicaciones tales como flemón orbitario, absceso periostal, fístulas, ó si hay sospecha de complicación cerebral, la operación radical está perfectamente indicada.

¿Cuál es la conducta que hay que seguir en la mayoría de los empiemas crónicos, en aquellos no complicados que duran años y años, y que en su marcha alternan intervalos de calma y de agudización? Estos casos son, según Hajek, los que se prestan á mayores discusiones. Cirujanos hay que trepanan desde luego sin ensayar tratamiento endonasal alguno. Otros, en cambio, Hajek entre ellos, emplean el método endonasal, con el cual obtienen la curación en la mayoría de los casos. Curación efectiva, porque ha podido vigilar los enfermos durante varios años; curación lograda mediante lavados de la cavidad; resección del cornete medio; extirpación de los granulomas del infundíbulo, etc. En otros casos con este tratamiento se consiguió la supresión de los dolores de cabeza, pero no de la supuración. En otros, los menos, no se consiguió mejoría alguna. De estos resultados deduce las siguientes indicaciones de la operación radical en las sinusitis crónicas.

Hay que operar *indiscutiblemente:* 1.º, los casos claramente com-

Digitized by Google

plicados ó los que hagan temer complicaciones cerebrales; 2.°, los casos en que, á pesar del tratamiento endonasal, ni los dolores de cabeza ni la supuración han cesado.

Hay que operar *condicionalmente:* los casos en que el tratamiento endonasal hizo desaparecer los dolores de cabeza, pero no la supuración.

Sobre el síndrome de Avellis, por el profesor C. Poli. (*Archivi italiani di Laringologia*, 1906, núm. 2.)

Asunto de gran actualidad es el que estudia el profesor Poli en el concienzudo trabajo que encabeza estas líneas. Asunto nuevo, formado por hechos aislados, dispersos en revistas, y que él cataloga y sintetiza para darle sabor propio y unidad de hecho constituído.

Clasifica los 71 casos recogidos en la literatura médica del siguiente modo:

1. Forma genuina:

a) Síndrome de Avellis: hemiplegia faringo-laríngea, 18 casos.

b) Síndrome de Schmidt: hemiplegia faringo-laríngea y parálisis del esterno-mastoídeo y trapecio, 9 casos.

c) Síndrome de Jackson: hemiplegia gloso-faringo-laríngea, 16 casos.

2. Formas asociadas ó sintomáticas: 28 casos.

3. Formas atípicas:

a) Hemiplegia gloso-laríngea, 3 casos.

b) Hemiplegia gloso-palatina, 2 casos.

c) Hemiplegia gloso-laríngea y músculos de la espalda, 1 caso.

d) Hemiplegia laríngea y músculos de la espalda, varios casos.

4. Forma cruzada:

a) Parálisis gloso-faríngea y músculos de la espalda del lado derecho y hemiplegia laríngea izquierda, 1 caso.

b) Parálisis de la cuerda izquierda y hemiplegia velo-palatina derecha, 1 caso.

c) Parálisis de la cuerda derecha y hemiplegia velo-palatina izquierda, 1 caso.

El Dr. Poli cita tres casos observados por mí, á los cuales da alguna importancia: uno de síndrome de Avellis, otro de síndrome de Schmidt y otro que incluye en el grupo c) de las formas atípicas.

Esta clasificación nos parece algo artificial; no es éste el lugar de hacer su crítica, tanto más cuanto que en el próximo Congreso presentaré una comunicación en este sentido; baste decir por hoy que, siendo la asociación de la parálisis del velo y de la laringe lo que motiva estas clasificaciones sindrómicas, en ellas debe basarse una clasificación racional.

Digitized by Google

Absceso extradural consecutivo á una otitis media aguda, por el Dr. Dieu. (*Revue hebd. de Laryngologie*, 1908, núm. 3.)

Caso interesante desde varios puntos de vista:

1. No hubo participación de la mastoides.
2. Trepanación espontánea de la escama del temporal y abertura de la colección purulenta en la fosa temporal externa.
3. Integridad relativa de la caja del tímpano.
4. Ausencia de signos cerebrales y oculares, á pesar del volumen considerable del absceso.

Tratamiento local, bajo la dirección de la vista, de las estenosis de la tráquea y de los bronquios, por el Dr. Pieniazek. (*Arch. de Laryng.*, 1905, núm. 6.)

El eximio profesor de Cracovia forma parte de esa falange de médicos ilustres (Killian, Hacker, Schroeter, etc.), conquistadores de una región inexplorada, y al parecer inexplorable; del árbol respiratorio. Y que en este orden de investigaciones ha ido P. á la vanguardia, lo prueba este excelente trabajo que es la síntesis de su práctica de veintidós años.

El año 1884 extirpó un granuloma de la tráquea en un niño traqueotomizado, introduciendo por la fístula traqueal un otoscopio largo. Así nació la traqueoscopia traumatodial, y desde entonces la emplea para los *granulomas* que suelen presentarse en los traqueotomizados por el estímulo de la cánula.

En la *extracción de pseudo-membranas diftéricas* la empleó mucho y la recomienda; pero el suero ha restringido sus aplicaciones.

Para la extracción *de cuerpos extraños caídos en la tráquea y bronquios* ha empleado el mismo procedimiento en 13 casos con éxito satisfactorio. Ha utilizado con el mismo fin la broncoscopia por vía bucal (stomatodial) á lo Killian en cuatro casos. En uno de ellos no consiguió extraer el cuerpo extraño, sino que lo propulsó más adentro, y el enfermito, que tenía ya graves lesiones pulmonares, sucumbió; con este motivo establece el paralelo entre la broncoscopia por vía bucal ó por vía artificial (traumatodial), y recomienda hacer broncoscopia traumatodial en los casos de cuerpos extraños grandes en que es preciso hacer rápidamente la extracción; cuando uno de los pulmones es incapaz de respirar; si el cuerpo extraño es puntiagudo, para evitar la herida de la laringe al ser extraído; si no se puede introducir el broncoscopio por vía bucal.

Escleroma de la tráquea y bronquios: después de hacer un buen legrado de la tráquea, hace su dilatación con catéteres esofágicos que le sirven de cánulas, que introduce lo más adentro posible. Si á la vez hay estrechez de tráquea y bronquios, el tratamiento es me-

Digitized by Google

nos efectivo y más peligroso, porque la hemorragia puede ahogar al enfermo. La técnica es análoga, y la dilatación de los bronquios se hace introduciendo en ellos broncoscopios con mandrín romo; como el escleroma no se puede curar, la infiltración se repite y hay que repetir la maniobra. Después de dos ó tres años de lucha contra la sofocación, tres de sus enfermos han muerto de tuberculosis pulmonar; pero cita 18 casos en los que el tratamiento fué muy eficaz. Para estas maniobras empleaba la vía artificial al comienzo de sus trabajos, y hoy utiliza la vía bucal; utilizando esta vía tuvo que lamentar un fracaso por caída de sangre á los bronquios y asfixia consecutiva.

En *la estenosis de la tráquea por sífilis terciaria* el tratamiento médico le ha dado siempre buen resultado: sólo en un caso ha tenido necesidad de hacer la dilatación de un bronquio estenosado por una cicatriz.

En las *estenosis cicatrizales de otra naturaleza* el tratamiento es el mismo y el resultado muy favorable.

Cuando la *estenosis es debida á la compresión por un bocio ó por un tumor extrínseco,* hace traqueotomía y deja colocada una cánula elástica, modelo suyo, cuyo extremo profundo llega más abajo que la compresión; claro que el tratamiento en estos casos sólo tiene por objeto prolongar la vida de los enfermos, pero no es curativo.

Esta es la conducta que Pieniazek ha seguido, y que recomienda en casos análogos. Como se ve, el campo del especialista ha sido agrandado, y la humanidad ya está beneficiándose del asiduo trabajo de estos ilustres médicos que han abierto un nuevo camino á la terapéutica.

Tratamiento de la hemorragia quirúrgica de la amígdala palatina, por M. Constantin. *(Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1906, núm. 2.)

Un hecho singular se observa en la operatoria de las amígdalas: en tanto los cirujanos tímidos abusan de la amigdalotomía, operación fácil, los grandes cirujanos no prodigan esta operación, y aun la temen; cuéntase que un día encontróse Saint-Germain á Nelaton, que iba preocupado, porque tenía que hacer una operación que le daba miedo; y como Saint-Germain no acertase á comprender cuál fuera la operación capaz de asustar al decidido cirujano, éste añadió: «Voy á hacer una amigdalotomía».

En el trabajo de Constantin, después de referir varios casos de hemorragia grave producida por todos los actuales métodos (lo que prueba que la moderna técnica no está exenta de este peligro), pasa revista á todos los medios conocidos para cohibirla; sólo resumire-

Digitized by Google

mos aquí los procedimientos nuevos que constituyen el motivo del trabajo de M. Constantin.

a) Entre el grupo de compresores coloca uno, ideado por su maestro Escat: es un aparato que tiene dos canales para abarcar á la vez las dos fosas amigdalinas y los pilares, sobre los cuales ejercen compresión; en el centro de este aparato se ata un hilo, que, introducido por una fosa nasal, permite ejercer tracciones y mantenerle en buena posición. El aparato es ingenioso, pero nos parece poco práctico y poco eficaz; como aún no ha sido utilizado, hay que esperar el fallo de la experiencia.

b) La sutura de los pilares, utilizada con éxito por Escat, procedimiento de elección al decir del autor y del discípulo, será aún más eficaz si en la cavidad amigdalina se coloca un tapón de gasa que quede comprendido provisionalmente debajo de la sutura.

c) El taponamiento hemostático de la faringe, aconsejado por Otto von Holst, es seductor, pero tiene el grave inconveniente de necesitar traqueotomía previa. Para evitar esta operación, Escat introduce por la laringe una sonda de goma que asegura la respiración, y por el esófago otra que permite la alimentación. La primera puede sustituirse por el aparato de Dwyer, ó el de Doyen, ó el de Van Stockum, pero todos ellos tienen el inconveniente de que no pueden permanecer mucho tiempo *in situ*. Ha vencido este inconveniente Escat con un tubo semejante al de Ribemont-Desaigne (para la insuflación en el recién nacido), de tamaño y forma convenientes para que pueda ser conseguida su permanencia. Colocados este tubo y la sonda esofágica, se tapona con gasa esterilizada toda la faringe.

Teóricamente, el procedimiento es admisible, pero tampoco ha sido utilizado aún. Tal vez pudiera ser empleado con éxito para evitar la entrada de sangre en el aparato respiratorio durante las grandes intervenciones de boca, cara y fosas nasales.

Neurología.

POR EL DR. E. VILCHES.

I. *Las taquicardias paroxísticas esenciales*, por el Dr. Mauricio Bureau (*Gazette Medicale de Nantes*, núm 42).—El autor prescinde de la taquicardia paroxística sintomática, que considera dependiente de las diferentes cardiopatías y formando parte, por lo tanto, de la sintomatología de estas afecciones; y ateniéndose solamente á los casos en que la taquicardia parece desligada de toda otra enfermedad, divide estos casos en dos tipos clínicos diferentes: el uno, formado por aquellos que recaen en sujetos jóvenes, que tienen una larga duración, que á veces comprenden una gran parte de la existencia, y que son susceptibles de desaparecer por la curación. El

Digitized by Google

otro lo constituyen los casos que se presentan en individuos de edad avanzada, en los que la enfermedad es incurable.

El primero es el que se observa con más frecuencia, y al que corresponde la descripción que hizo Bouveret de cierto número de observaciones que dió á conocer con el nombre de *taquicardia paroxística esencial*. Sin causa apreciable generalmente, y á veces con ocasión de una emoción ó de un esfuerzo, ó bien durante el curso de una enfermedad infecciosa cualquiera, se presenta el primer acceso de taquicardia paroxística esencial. El enfermo es casi siempre un joven ó un niño, y los accesos se repiten en la misma forma y con la misma intensidad que presentaron la primera vez, teniendo esto lugar lo mismo durante el día que en el transcurso de la noche.

De ordinario no existen pródromos; y cuando los hay, están constituídos por un ligero sentimiento de angustia, algo de vértigo, dolor vivo en el epigastrio ó en el abdomen, y á veces por una sensación de constricción del cuello. El acceso adquiere rápidamente su máximum de intensidad, y el fenómeno primordial consiste en la frecuencia de los movimientos del corazón, que aumentan súbitamente de una manera considerable. La frecuencia varía desde 150 á 300 pulsaciones; esta última cifra es excepcional, y puede considerarse, como término medio, la de 200 pulsaciones por minuto. Esta aceleración da lugar á un ritmo particular del sonido cardíaco, que ha sido descrito con el nombre de corazón fetal ó embriocardia; pero no tiene nada de especial, pues dicho ritmo se presenta siempre que existe una frecuencia considerable de los movimientos del corazón, cualquiera que sea la causa de ella. La reducción del gran silencio es tal, que los intervalos que separan los dos ruidos se hacen uniformes.

El pulso es pequeño, depresible; y la contracción cardíaca, aunque vigorosa, no tiene tiempo de transmitirse hasta la radial, por lo cual hay necesidad de contarla directamente en el corazón.

La duración de los accesos es en extremo variable, pudiendo ser ésta sólo de algunos minutos; pero muy á menudo llega á varias horas, días y aun semanas. Se han observado algunos de más de un mes de duración.

El pronóstico y la terminación dependen mucho de la prolongación de los accesos. En las formas que no pasan de veinticuatro horas, el pronóstico es siempre benigno, la terminación del acceso es entonces brusca; y después de algunas sensaciones extrañas, el enfermo pasa rápidamente en algunos segundos desde 200 á 75 pulsaciones por minuto, sintiéndose inmediatamente aliviado de sus molestias.

Por el contrario, cuando el acceso es largo no suceden las cosas con tanta sencillez; los signos de debilidad del corazón izquierdo no

Digitized by Google

tardan en presentarse seguidos de todo el cortejo de los estados asistólicos, y la muerte puede entonces sobrevenir, bien por la graduación de la asistolia ó por un síncope intercurrente. Esta forma grave y prolongada es muy rara en la taquicardia esencial, y generalmente sólo se observa en la sintomática.

El cuadro sindrómico de estos accesos varía mucho en los diferentes sujetos, pero es siempre el mismo para todos los accesos de un enfermo determinado, tanto en lo referente á la frecuencia que alcanza el pulso cuanto á las demás sensaciones que suelen experimentar los pacientes; sólo la duración del acceso varía algo, pero en límites muy reducidos.

En cuanto á la evolución de la enfermedad, el autor confiesa la inseguridad en que nos hallamos ante un caso de este género, en que es imposible predecir tanto la repetición más ó menos próxima de los accesos cuanto la duración total del padecimiento.

Hay individuos que sólo sufren un acceso, y otros en los que la afección dura la mayor parte de su existencia.

Cuando va á terminar el acceso se ha observado una poliuria abundante; poliuria de origen nervioso, que persiste á veces durante varios dias.

La temperatura no sufre variación; sin embargo, en ocasiones al final del acceso puede elevarse á 39° ó más, para descender en el momento que el acceso termina. Trátase aquí de una hipertermia nerviosa análoga á la histérica.

El segundo tipo clínico de la taquicardia paroxística esencial que describe el autor merece también, á su juicio, este nombre, porque si bien recae en sujetos de edad avanzada, no presentan éstos afección orgánica apreciable; y aunque la edad es suficiente para suponer en ellos lesionado ya su sistema arterial, es lo cierto que el examen del corazón y de los grandes vasos no revela nada de anormal.

En estos enfermos, en vez de la palidez de la cara suele observarse un aspecto congestivo; los movimientos del corazón se acompañan de una sensación más penosa, y la frecuencia de éstos suele ser menor: 120 á 180 por minuto. En fin, esta forma tardía no parece susceptible de curación.

Respecto á la *patogenia* de esta taquicardia, el autor se inclina á la opinión de Bouveret, en cuanto á la primera forma, considerándola como una *neurosis especial* localizada en los centros y en las ramas cardíacas del pneumogástrico. La segunda forma se desarrollará bajo la influencia de la arterio-esclerosis naciente.

El diagnóstico de taquicardia paroxística esencial se impondrá pues, siempre que el examen del corazón y los grandes vasos acuse una completa integridad, y además recordando que la taquicardia

Digitized by Google

paroxística sintomática de una lesión cardíaca se acompaña á menudo de arritmia, cosa que no existe jamás en la taquicardia esencial.

Por último, el autor se esfuerza en querer demostrar la independencia de su taquicardia paroxística esencial con esas otras taquicardias consideradas como de origen reflejo y conocidas y descritas desde hace tiempo inmemorial, si no con la habilidad y extensión que lo hace el Dr. Bureau, al menos con todos los caracteres clínicos necesarios para conocerlas y distinguirlas de las sintomáticas. Tales son, por ejemplo, las taquicardias que se observan en la histeria, la neurastenia, ciertas dispepsias, en la menopausia, etcétera, y que se conocen con el nombre de *palpitaciones nerviosas.*

Dice el autor, para apoyar su tesis, que en estas taquicardias sólo se trata de crisis de palpitaciones, es decir, de un síndrome subjetivo sentido por el enfermo, pero que el médico sólo puede comprobar la frecuencia de los movimientos, que nunca es, ni con mucho, la que se observa en la taquicardia objeto de su estudio.

Pero él mismo nos ha dicho antes que en la taquicardia esencial los enfermos tienen conciencia de los movimientos de su corazón, experimentando cierta ansiedad, que no es verdadero sufrimiento, puesto que no tienen dolor. Exactamente lo que sucede en las *palpitaciones nerviosas,* pues el más ó el menos de frecuencia no daria derecho, á lo sumo, sino á establecer gradaciones de intensidad. Además, dice el autor que en las taquicardias de origen reflejo no se comprueba ni debilidad del pulso, ni menos disminución de la tensión arterial, lo que está en oposición con la experiencia de otros observadores y con la propia nuestra, pues precisamente uno de los caracteres de las *palpitaciones nerviosas* estriba en la falta de relación entre la pequeñez y poca tensión del pulso con la sensación experimentada por el enfermo en la región cardíaca.

Creemos, en fin, que la magistral descripción que hace de este padecimiento el Dr. Bureau no basta para admitirle sin réplica como entidad nosológica independiente de las *palpitaciones nerviosas,* que deben considerarse como el grado menor, como la forma más atenuada de la taquicardia paroxística esencial, denominación esta última que debe conservarse, por ser más científica y expresiva que la de *palpitaciones nerviosas.* No nos extendemos en más consideraciones á que se presta el excelente estudio del Dr. Bureau, por no salirnos de los límites estrechos de estas notas.

Para terminar, cita el autor los diversos tratamientos empleados en esta afección, que son los conocidos por todos, y nada nuevo agrega que tenga verdadero interés terapéutico.

II. *Neuralgias graves del trigémino.* — El Dr. Delbet ha dado cuenta á la *Sociedad de Cirugía* de París de los buenos resultados obtenidos en los casos de neuralgias rebeldes del trigémino, por la

Digitized by Google

resección de los nervios simpáticos del cuello. Después de agotados, sin éxito alguno, todos los tratamientos médicos, la simpatectomía ha dado resultados sorprendentes. Para abordar el nervio aconseja se utilice la vía anterior (por delante del esterno-mastoídeo), por ser más directa y muy fácil, ó bien la vía posterior (por detrás de dicho músculo). Durante la operación se deberá tomar con cuidado todos los puntos de referencia, y no vacilar en volver atrás si no se hallase el nervio en su sitio normal. El Dr. Poirier ha practicado tres veces esta operación. En los dos primeros casos los resultados fueron excelentes; en el tercero no se pudo encontrar el ganglio cervical superior, pero, no obstante, el simpático debió cortarse, porque después de la operación desaparecieron las crisis dolorosas y los accidentes oculares. Nada nos dicen estos señores respecto á si las curaciones fueron permanentes ó temporales, lo que sería de gran importancia saber para que este método fuera adoptado sin vacilaciones en los casos de intensas y rebeldes neuralgias del quinto par.

III. *Tratamiento de los dolores fulgurantes de la tabes.*—El doctor Raymond aconseja empezar en todos los casos por el tratamiento específico, practicando inyecciones mercuriales á dosis intensivas; pero confiesa asimismo que es un error creer que dichas inyecciones curan siempre los dolores. Frecuentemente no produce efecto la medicación, en cuyo caso, al cabo de seis semanas sin obtener alivio, es preciso usar otro método, y recomienda entonces las inyecciones subcutáneas de nitrito de sosa. El método seguido por él consiste en inyectar diariamente un centigramo del medicamento durante diez días, después descansar otros diez y volver de nuevo á las inyecciones por otro espacio igual de tiempo, pero doblando la dosis, ó sea dos centigramos en cada una de ellas. Nuevo descanso de diez días y nuevo período de inyecciones de á tres centigramos. Después de otros diez días de descanso, repetir la serie de las inyecciones, empezando otra vez por un centigramo. Al cabo de 40 ó 50 inyecciones, y no antes, se produce la mejoría, la cual en este caso es constante.

El Dr. Raymond cita el caso de una joven contaminada por su marido, que padeció la sífilis dos años antes, la cual presentaba los signos característicos de la tabes, más una iritis doble anterior. Persistiendo los dolores fulgurantes, fué en vano sometida al tratamiento específico. Las inyecciones mercuriales no procuraron mejoría alguna; pero el nitrito de sosa en inyecciones subcutáneas (24 inyecciones en tres series) produjeron un alivio muy notable.

Mejor que el tratamiento mercurial obra, en efecto, la medicación vaso-dilatadora. Esta es una noción práctica que consideramos de importancia suma y que está llamada á prestar grandes servicios á los prácticos é inmensos beneficios á los enfermos; beneficios

Digitized by Google

que serán cada día mayores, á medida que vaya desvaneciéndose en los clínicos la falsa idea, tan extendida y arraigada en la actualidad, de que la tabes reconoce siempre por causa la existencia anterior de la sífilis.

IV. *Tratamiento de la incontinencia nocturna de orina.*—El Dr. Jaboulay encarece el tratamiento de la incontinencia nocturna por medio de la inyección de suero en el tejido celular retro-rectal. El procedimiento que sigue el autor consiste en hundir la aguja de una jeringa de Roux, sin previa anestesia, en la piel, hacia la extremidad del coxis ó un poco al lado de éste, introduciéndola perpendicularmente á la región y á tanta profundidad como permita el largo de la aguja. La inyección de suero fisiológico debe hacerse lentamente, y la cantidad de líquido que se ha de inyectar en una sesión es de unos 100 gramos por término medio. Cuando una sola inyección no alcanza la curación completa es preciso repetirla en los días siguientes. Jaboulay cita dos casos en jóvenes de veinticinco y veinte años, respectivamente, sometidos á este tratamiento. En uno de ellos la enferma no orinó la cama la noche que siguió á esta pequeña operación, reapareciendo, sin embargo, la incontinencia al día siguiente. Se practicó una segunda inyección, con la que se obtuvo la curación completa, que ha persistido seis meses después. En el otro caso, en el que se había empleado sin éxito alguno todos los tratamientos recomendados y en uso en esta afección, hubo necesidad de repetir las inyecciones cuatro veces consecutivas, y en las dos últimas llegar hasta la dosis de 200 gramos, obteniéndose al fin el mismo satisfactorio resultado que en el primero.

V. *La enajenación mental y el divorcio.*—Mucho se ha discutido sobre la interesante cuestión de si la enajenación mental debe ser causa legal de divorcio. Este asunto, importante para el práctico y para las familias, ha sido resuelto negativamente por la *Sociedad de Medicina Legal* y por la de *Medicina y Cirugía* de París. Esta última ha votado las conclusiones del ponente Dr. Ducos. «En el estado actual de la ciencia no hay signos ciertos que nos permitan afirmar la incurabilidad absoluta de la enajenación mental, excepto en su período último. Por lo tanto, no ha lugar á admitir la enajenación mental como causa de divorcio.»

Osteoartropatías y Cirugía ortopédica.

Por el Dr. Palacios y Olmedo.

Anomalía congénita del miembro inferior, por el Dr. Boeckel.—Refiere que en una niña se observó en el momento del nacimiento un saliente muy pronunciado en la parte media de la pierna derecha,

Digitized by Google

formado por un largo fragmento de tibia. El pie, en varus-equino, muy marcado. Existía además un acortamiento, al nacer, de cuatro centímetros, estando la pierna muy atrofiada. Se observó faltaba la mitad inferior de la tibia. Después de algunas vacilaciones decidió operar á la niña, que tenía ya diez y ocho meses. Hizo un ojal en el tibial anterior; refrescó el peroné, al cual fijó el fragmento de tibia, pasado á través del ojal; suturó con hilo metálico los huesos, y con crin de Florencia la piel. A las seis semanas la consolidación era perfecta.

Antes de transcurrir los dos años de esta operación hizo una tarsectomía para corregir el pie bot. Observó que la mortaja del peroné estaba notablemente ensanchada, representando un verdadero platillo en forma de maza; quitó el astrágalo, escafoides, cuboides y la apófisis anterior del calcáneo. En la actualidad la niña, que tiene ya siete años y medio, anda y corre casi sin claudicación, llevando un aparato de tutores. La pierna operada tiene un acortamiento de ocho centímetros.

Esta curiosa observación, dice el Dr. Boeckel, enseña hasta qué punto se puede ser observador, tratándose de Cirugía ósea.

Contribución al estudio de la coxa-vara traumática, por Ed. Schwartz y R. Siegel.—Describen un caso de coxa-vara de difícil diagnóstico, aclarado *á posteriori* por la radiografía. El enfermo tenía de antiguo un padecimiento de la rodilla, con atrofia muscular considerable, atrofia que, seguramente, dicen ha repercutido en la nutrición del fémur, dando lugar á la fractura del cuello y coxa-vara consecutiva, en una caída que sufrió bajando una escalera. Enumeran casos y opiniones de bastantes cirujanos, insistiendo en la considerable parte que toma el traumatismo en la etiología y patogenia de la coxa-vara; ésta, cuando es la llamada esencial, suele ser debida también á traumatismos que han quedado ignorados, no faltando quien afirme que una serie de pequeños traumatismos, ocasionando fisuras óseas, reblandecimiento y hundimiento del cuello femoral, puede originar esta forma de coxa-vara (Bonhard, de Posem).

De toda suerte, precisa la aplicación de la radiografía sistemáticamente, en todos los casos, con el fin de poder prever, siempre que exista un traumatismo de la cadera, las complicaciones ortopédicas, es decir, la aparición de la coxa-vara.

Curación espontánea de la luxación congénita de la cadera, en un lado, en ciertos casos de luxaciones congénitas dobles, por M. Froelich (de Nancy).—Describe dos casos de luxación unilateral, comprobados radiográficamente. Sin embargo, radiografías hechas cuando las enfermitas tenían dos años (en la actualidad tienen cinco y siete años) demuestran que indudablemente existía entonces una

Digitized by Google

luxación congénita doble. Explica esta curación espontánea de un lado recordando que si la adducción forzada favorece el deslizamiento de la cabeza femoral por encima del reborde cotiloídeo posterior, la abducción produce un efecto inverso, favoreciendo el deslizamiento de la cabeza hacia abajo y adentro; en los dos casos, dice, la luxación se acentuó más rápidamente en un lado, y el miembro se puso en adducción. El miembro opuesto estaba, pues, obligado á ponerse en abducción buscando el paralelismo; y como las cabezas femorales no habían aún abandonado las vecindades de la cavidad cotiloídea, la marcha y las contracciones musculares las han hecho entrar de nuevo progresivamente.

Desprendimiento epifisario en el niño.—Influencia sobre el crecimiento del miembro, por M. Froelich (de Nancy).—Después de citar varios casos de diversos cirujanos, en los que éstos han observado un considerable acortamiento del miembro, consecutivo á un desprendimiento epifisario, cita uno suyo, en el cual, al poco tiempo de ocurrido el traumatismo (se trataba de un niño de once años), había un acortamiento de centímetro y medio.

Reumatismo tuberculoso anquilosante de forma espóndilo-rizomélica, por el Dr. L. Thévenot.—Describe un caso en el que el enfermo tiene antecedentes de tuberculosis pulmonar, de familia y propios. Además padece orquitis, con los caracteres de las lesiones fluxionarias fugaces que los reumáticos tuberculosos pueden presentar en cualquier órgano. La tuberculosis explica también el reumatismo vertebral anquilosante, de forma espóndilo-rizomélica. Según los trabajos de Poncet y Leriche, el virus tuberculoso debe ser con frecuencia la causa de las anquilosis óseas, vertebrales y de todas las demás articulaciones, anquilosis óseas primitivas, y sucediendo á lesiones plásticas exclusivamente inflamatorias. Estas lesiones provienen de la tuberculosis inflamatoria, que se diferencia esencialmente, como ya se sabe, de la tuberculosis únicamente admitida hasta el día, por la ausencia de todo producto específico.

Desprendimiento epifisario superior del cuerpo de la dozava vértebra dorsal.—Laminectomía.—Muerte, por el Dr. E. Jouon.—Describe un caso de fractura de raquis en un niño, en la cual existían paraplegia, incontinencia de heces fecales, retención de orina, etc., etc. Practicada la laminectomía, observó que la fractura estaba situada al nivel de la 12.ª vértebra dorsal, y fijándose con más atención, vió que en realidad se trataba de un verdadero desprendimiento de la epífisis superior de dicha vértebra.

La operación de Mickulicz en el tortícolis muscular crónico, por L. Rousseau.—Cita un caso de operación de Mickulicz, ó sea resección del esterno-cleido-mastoídeo, deduciendo de él las siguientes conclusiones: 1.ª En los casos muy graves, inveterados, de tortico-

Digitized by Google

lis muscular crónica, la operación de Mickulicz puede ser la operación de elección. 2.ª Para ser eficaz debe ser total. Se evitará en todo lo posible la sección de la rama externa del espinal, que en general, visto su volumen, puede ser fácilmente disecada. 3.ª Después de la operación, el tratamiento ortopédico será útil para devolver á los músculos del cuello su tonicidad, y sobre todo para rectificar en lo posible las desviaciones escoliósicas. 4.ª Al cabo de un tiempo más ó menos largo, la situación y la movilidad de la cabeza y del cuello vuelven á ser normales; la escoliosis suele mejorar, pero la asimetría cranio-facial no sufre ordinariamente modificación alguna.

De la luxación congénita de la rótula, por el Dr. Bullinger-Muller.—Después de enumerar procedimientos operatorios y casos de bastantes cirujanos, relata dos observaciones, una recogida en la clínica del Dr. Kirmisson y otra en un hospital. El primero ingresa en la clínica á los nueve años y medio. Desde su nacimiento, observó su madre que la rótula derecha estaba luxada hacia afuera y el pie en valgus; la luxación ha ido aumentando, hasta obligarle á ingresar en la clínica. Fué operado, quedando siempre la rótula algo desviada hacia afuera. El segundo caso es un enfermo de cincuenta y seis años. De pequeño se caía con frecuencia, pero no se apercibió de su deformidad hasta la edad de trece años, época en que tuvo un ataque de reumatismo. No indica si fué operado.

Sobre el valor de las objeciones hechas al método de enderezamiento forzado en el tratamiento del genuvalgum, por el Dr. Codivilla.—En el trabajo del Dr. Froelich (de Nancy) publicado en el número anterior de la Revista, ha leído el Dr. Codivilla conclusiones con las cuales no está conforme. Se funda en que si un desprendimiento traumático accidental de la epífisis inferior del fémur puede dar por resultado el acortamiento del miembro, no sucede así cuando el desprendimiento se hace con un fin terapéutico, *según las reglas del arte.* Se muestra más partidario del enderezamiento forzado que de la osteotomía en el tratamiento del genuvalgum.

De las roturas del ligamento rotuliano (roturas sub-rotulianas del tendón del cuadriceps), por L. Ombredanim. Conclusiones.—Lejos de todo centro quirúrgico, las roturas del ligamento rotuliano deberán tratarse colocando el miembro sobre un plano inclinado, descendiendo la rótula por medio de un vendaje, amasando el cuadriceps casi inmediatamente y movilizando la articulación desde la tercer semana. Este tratamiento puede dar buenos resultados; hay grandes probabilidades de fracasar (imposibilidad ulterior de extender activamente la pierna sobre el muslo). El cirujano, seguro de la asepsia de su operación, debe aconsejar sin vacilaciones la sutura del ligamento rotuliano roto, seguro del éxito. El mejor pro-

Digitized by Google

cedimiento de sutura es el de sutura *interósea,* con hilo de plata fino, atravesando por un lado la rótula y por el otro la tuberosidad anterior de la tibia. La plata puede ser sustituída por seda ó catgut, siempre que estén bien esterilizados.

(De la *Revista de Ortopedia de Kirmisson.*— París, 1.° de Enero y 1.° de Marzo 1906.)

Osteoartropatías.

POR EL DR. LÓPEZ DURÁN.

Tratamiento conservador de las artritis tuberculosas, por el Dr. Bier. (*The Lancet*, 22 Abril 1905, pág. 1.091.)

El método del Dr. Q. Bier para el tratamiento conservador de las artritis tuberculosas está descrito en un tratado de Hiperemia *(Hyperaemie Heilmittel),* y es el siguiente: Se comprime el miembro por encima de la articulación afecta mediante una venda de goma (Martín) que se aplica sobre un vendaje de gasa, evitándose así la excesiva presión. No es preciso que el vendaje de goma se aplique muy ajustado, pues provocaría dolor y parestesia. Si fuera causa de incomodidad para el enfermo debe aflojarse en el acto, siendo señal de estar bien aplicado el vendaje el que en ocasiones desaparece el dolor de la articulación enferma. Las venas superficiales se hinchan y la piel toma un color azulado; en el caso de que la compresión se haga en el brazo quedan el codo y la palma de la mano de un tinte rosa. En las partes periféricas al vendaje debe observarse siempre un aumento de temperatura. La constricción puede ser aplicada por encima de toda articulación menos de la de la cadera. Cuando la articulación enferma es la del hombro, la técnica es diferente.

El cirujano es el que debe aplicar la compresión en las primeras sesiones, y tanto más cuanto que el enfermo sea más escaso de inteligencia; después puede continuar este simple tratamiento, con las debidas precauciones, el mismo enfermo ó algún pariente ó amigo.

La constricción no debe permitirse más que una hora como máximum al día. De este modo ha conseguido el Dr. Bier evitar desagradables consecuencias semejantes á las que sobrevinieron en casos tratados por la compresión durante muchas horas. Estas complicaciones fueron la formación de granulaciones lujuriantes, gran número de pequeños abscesos, y aun de inflamaciones agudas. Como consecuencia de este tratamiento aparecen con frecuencia abscesos fríos que sirven para la eliminación de material enfermo. Cuando se presentan estos abscesos es conveniente abrirlos y tratarlos antisépticamente. En ocasiones es necesario extirpar pequeños trozos de hueso necrosado.

Digitized by Google

Los resultados son á veces sorprendentes, en su mayor parte satisfactorios, y aun los procesos tuberculosos parecen extinguirse después de un tratamiento de tres á seis meses. Si este método falla se recurrirá á la intervención operatoria.

De la circulación interrumpida, como agente terapéutico aplicado á casos de artritis reumatoidea, por William Eward.—Trabajo leído en la Royal Medical and Ghirurgical Society, de Londres, en 23 de Enero de 1906, y publicado en el *The Lancet*, 27 Enero 1906, pág. 213.

Los trabajos del Dr. Eward tienen por fundamento los estudios de Hervey Cushing y de George Oliver. La técnica del método Eward es la siguiente:

Con un torniquete de Esmarch ó con un tubo de goma, de espesor adecuado, se comprime el miembro dando una ó dos vueltas alrededor de éste, el que se cubre con una ligera capa protectora. La tensión á que se pone el tubo será la necesaria para producir la isquemia. Como preliminar se pone exangüe el miembro estando el paciente recostado. En muchos casos no es necesario producir la profunda anemia que se obtiene con la venda de Esmarch, aunque es esencial para los mejores resultados, y basta elevar el miembro hasta la aplicación del torniquete ó del tubo. El tiempo que dura la compresión puede influir en el resultado terapéutico, siendo variable aquél según la naturaleza del caso. El Dr. Eward hace compresiones de treinta segundos como mínimum, y de tres á cinco minutos como máximum. No ha excedido de seis aplicaciones por sesión, con una duración de dos minutos cada una y con intervalos de cuatro á cinco minutos. Tres aplicaciones por sesión parecen ser suficientes en muchos casos, y dos sesiones por día bastan. Es conveniente quitar la compresión de un modo brusco y, si es posible, poner el miembro en posición vertical; hágase antes de quitar la ligadura. Con cuidado puede evitarse el daño de la excesiva presión. Ninguno de los casos tratados por el Dr. Eward presentaron la más ligera complicación referente á la piel, vasos ó nervios. Es necesario no aplicar este procedimiento en casos con neuritis ó con arterias seniles y calcificadas.

Los enfermos tratados por este método pueden distribuirse en tres grupos.

1.° Jóvenes con tendencia reumática afectos de sinovitis subagudas, subfebriles, persistentes ó reincidentes.

2.° Artritis con ligeros derrames crónicos intraarticulares y empastes periarticulares.

3.° Artritis con masivos empastes de lento desarrollo, rigidez articular ó gran dificultad de movimientos.

Digitized by Google

En cada una de las tres fases ó tiempos en que puede dividirse el procedimiento de Eward conviene hacer notar los efectos objetivos y subjetivos.

1.° *Aplicación de la ligadura con exvacuo venoso.*—Da la impresión que es familiar á los cirujanos. La prueba de que la ligadura ha sido bien aplicada es la continua palidez del miembro y el no poderse observar las venas superficiales. Los efectos subjetivos son sensación de presión en el sitio de la ligadura, algún pellizcamiento de la piel entre las vueltas del tubo, que debe evitarse. Nunca debe producirse dolor.

2.° *Período de anemia.*—Después de un crecimiento en la palidez de la piel durante los primeros segundos, no es perceptible cambio alguno. En caso de sinovitis reumatoídeas con derrame y empastes periarticulares, puede, en ocasiones, notarse al cabo de uno ó dos minutos su disminución, aunque en parte reaparece cuando la ligadura se quita.

Los efectos subjetivos de este segundo período varían. En algunos enfermos existen entumecimientos de intensidad variable, que pasan rápidamente á la anestesia. En otros, la pérdida de sensación y el adormecimiento se limita á la punta de los dedos ó á las uñas. En todos casi desaparece el dolor, experimentando la sensación de restablecimiento de los movimientos activos; y cuando la rigidez articular no es debida á una firme anquilosis, pueden en ocasiones los pacientes mover la articulación afecta.

3.° La separación de la ligadura es seguida de un visible enrojecimiento de la piel y uñas. Este hecho es precedido de un intervalo de tiempo variable en los diferentes enfermos, y que también puede ser distinto en las diversas sesiones de un mismo sujeto. Esta variabilidad tiene su importancia como indicación de probables diferencias en el funcionamiento del mecanismo vasomotor. Al mismo tiempo que ocurre el enrojecimiento, también aparece objetivamente un aumento de calor y un retorno visible al dorso de la mano, espacios interóseos y muñeca de parte del empaste que antes había desaparecido.

Subjetivamente se manifiesta la vuelta de la circulación con una sensación agradable para el enfermo y una difusión de calor por el miembro comprimido. Es importante notar que el marcado alivio del dolor y la disminución del empaste que se obtiene durante el período de anemia persiste luego casi por completo.

Resultados clínicos.—1.° Los recientes derrames y empastes articulares se corrigieron rápidamente con algunas aplicaciones, y en un caso con una solamente.

2.° Los inveterados derrames asociados á grandes empastes se modificaron durante la aplicación del procedimiento. Su casi com-

Digitized by Google

pleta desaparición después de una corta serie de sesiones pusieron de manifiesto deformidades articulares.

3.° Los empastes periarticulares disminuyeron de un modo gradual.

4.° También cedieron á un prolongado tratamiento los empastes de las articulaciones extremas.

5.° Se obtuvo una gran modificación en las superficies articulares de articulaciones anquilosadas, consiguiéndose la disminución de los crujidos, la restauración de los movimientos y casi la total reducción de las superficies articulares á sus dimensiones normales.

6.° Por el hecho del restablecimiento de la función del miembro se modifican favorablemente todos los tejidos de éste.

Observaciones generales.— Parece estar relacionado este procedimiento no sólo con el mecanismo vascular, sino también con el nervioso, por cuanto las fibras nerviosas terminales toman una gran participación en los efectos vasculares periféricos. El método de la circulación interrumpida aspira en lo posible á privar al miembro de la mayor cantidad de sangre y plasma venoso, proporcionándole, en cambio, sangre fresca arterial. Lo más de notar, en apariencia, en este método es la anemia y el consiguiente aflujo arterial, que representan distintos, hasta opuestos, efectos, que pueden ser definidos como efectos de absorción y de estímulo.

Los efectos de absorción se ponen de manifiesto con la desaparición del derrame sinovial y empaste local durante la aplicación del procedimiento, y su interpretación puede hacerse admitiendo una modificación en el equilibrio circulatorio entre los capilares y los tejidos. La red capilar obraría á modo de una esponja imperfectamente saturada que tiende á absorber el líquido que la rodea.

Los efectos de estímulo pueden ser compendiados en dos palabras: irrigación y movimiento arterial. Al quitar la ligadura se consigue un flujo arterial tan brusco, que obra en los capilares y arterias vacías con una carga máxima. Este efecto mecánico tan violento no se obtiene con las variaciones espontáneas de la circulación. El impulso enviado á las paredes capilares se transmite á las células contiguas y al líquido que las baña, y esta vibración celular puede ser extensiva á toda la red capilar y hasta á la inaccesible red ósea.

En conclusión: este método no es más que una modificación del tratamiento por el masaje. Es un intenso micro-masaje de los tejidos.

Digitized by Google

Proctología.

POR EL DR. MARTÍNEZ SUÁREZ.

Resección del prolapso rectal. (The Therapeutic Gazette, Diciembre 1905.)

El Dr. Laplace aconseja el siguiente procedimiento: pone al descubierto todo lo posible la parte prolapsada, valiéndose de pinzas ordinarias; con una aguja de Hagedorn, con seda fuerte, atraviesa el engrosamiento del recto al nivel de la margen del ano, y así de 5 en 5 centímetros toda la circunferencia. Los cabos internos se anudan unos con otros, y los externos de igual manera hasta quedar rodeado el prolapso. Se extirpa el trozo excedente, se extraen los hilos y después se sutura el intestino al ano.

Dieta adecuada y enema diario.

El sulfato de cobre en las fístulas anales. (El Mes Terapéutico, Enero 1906.)

En las fístulas inoperables aconseja el Dr. Artault de Vevey la fórmula siguiente:

Acetato neutro de cobre.....	1 á 2 gramos.
Agua destilada.....	100 »

M.e

Con esta solución se irrigarán todas las sinuosidades del trayecto ó trayectos fistulosos por largo tiempo, aplicando después compresas que se renovarán á menudo y sujetarán con un vendaje.

Estas curas serán á diario ó, cuando menos, tres veces por semana.

Al interior tomarán todas las mañanas en ayunas una píldora compuesta de

Acetato neutro de cobre cristalizado.....	$^1/_4$, $^1/_2$ ó 1 centigramo.
Extracto de hojas de nogal.....	c. s.

M.e

Esto, sin perjuicio del tratamiento general que esté indicado al enfermo.

Tratamiento de la constipación pertinaz por el tapón rectal. (Semaine Medicale, Enero 1906.)

En la constipación habitual, debida á la atonía del intestino, es suficiente determinar la distensión de éste de una manera mecánica para despertar prontamente movimientos peristálticos más ó menos intensos.

Basado en esta teoría, el Dr. J. A. Macmillan, profesor de Proctología del Colegio de Medicina de Detroit, ha recurrido en estos ca-

Digitized by Google

sos á tapones de algodón ó lana, que introduce en el recto lo más alto posible, con ayuda de un *rectóscopo,* y sujeto por un cordonete para poderlos retirar con facilidad cuando sea necesario.

El volumen de éstos debe estar en relación con el estado atónico; así es que sus dimensiones deben variar en cada caso particular.

En general, se dejan colocados de dos á seis horas, teniendo en cuenta que la deposición se produce á los pocos momentos de extraerlos.

Al principio se pone uno todos los días, y á medida que avanza la curación, más de tarde en tarde.

En más de 100 casos en que el Dr. Macmillan lo ha empleado, ha obtenido un éxito completo.

Coprolito situado en la ampolla rectal de un niño de once meses. (Rev. de Medicina y Cirugía Prácticas. Enero de 1906.)

El Dr. Baltasar Cortés, del Hospital de Santiago, refiere que fué llamado con urgencia para ver un niño, cuyo aspecto simulaba la tabes mesentérica, de que había sido diagnosticado por otro comprofesor: facies abatida, mirada triste, tipo atrépsico, vientre enormemente dilatado y surcado de venas azuladas, etc., etc.; y aunque no convencido que lo fuera, le instituyó tratamiento, y, entre otras cosas, enemas con sonda blanda.

Como el niño siguiera cada vez peor, fué llamado nuevamente, manifestándole la madre que la sonda le era imposible introducirla; y con objeto de averiguar la causa, se encontró sorprendido por un coprolito que ocupaba toda la ampolla rectal.

Procedió inmediatamente á su extracción, curando el niño á los pocos días.

Este caso es de gran enseñanza, pues demuestra lo minucioso que hay que ser para establecer bien un diagnóstico, del cual depende muchas veces la vida de un enfermo.

Prolapso rectal del niño. (Semaine Médicale, Enero 1906.)

El Dr. C. Roux inyecta en la submucosa ano-rectal, con una jeringa de Pravaz, 2 ó 3 centímetros cúbicos de alcohol bueno. El edema inflamatorio que ocasiona produce un trabajo de proliferación conjuntiva, que impide el deslizamiento de la mucosa y la curación del prolapso.

El Dr. N. Vulliet, de la Facultad de Lausanne, emplea un procedimiento especial, bajo la anestesia clorofórmica, que no deja de ser ingenioso.

Digitized by Google

Practica una pequeña incisión por delante del orificio anal. Con una pequeña aguja, provista de una seda fuerte, la introduce, haciéndola caminar todo alrededor del esfínter, hasta sacarla por la incisión que sirvió de entrada; los dos cabos son anudados, ajustándolos al grosor de un dedo que se ha introducido previamente en el ano y que hace el oficio de calibrador.

No resta más que cerrar con un punto la pequeña herida, y queda terminado el *cerelaje del ano,* como le llamó el autor citado.

Tratamiento de las hemorroides internas en los primeros períodos. (Mes Terapéutico, Marzo 1906.)

El signo inicial es lo más á menudo una hemorragia de gravedad variable, ligera frecuentemente, y que sobreviene con ocasión de las deposiciones. Si es abundante, el enfermo tomará pequeñas dosis de sulfato de hierro, asociadas á uno ó dos gramos de sal de Epsom, tres veces al día.

La operación está indicada en los casos de hemorragia grave; pero si el enfermo no se resuelve á que se le practique, se puede ensayar el cloruro de calcio con pequeñas dosis de percloruro de hierro. Si la hemorragia proviene de un vaso único, lo mejor es ligar éste.

Otro síntoma, la procidencia, sobreviene al principio con ocasión de las defecaciones, especialmente las defecaciones penosas, volviéndose luego permanente. El paciente deberá aprender entonces á reducir él mismo sus hemorroides con los mayores cuidados de limpieza.

Cuando la procidencia se ha vuelto permanente, aparece un flujo mucoso más ó menos abundante, que cesa rápidamente cuando se practica la operación.

El estreñimiento favorece las hemorragias y la procidencia. Así, pues, el enfermo debe estar sometido á un tratamiento que no solamente asegure la evacuación de las materias fecales con regularidad, sino que también impida que las materias se vuelvan demasiado consistentes.

Vías urinarias.

POR EL DR. GONZÁLEZ BRAVO.

I.—Contribución al estudio de la tuberculosis del aparato urinario.—Citologia urinaria, por el Dr. S. Colombino, de Turín. *(Annales des maladies des organes genito-urinaires.* París, 15 de Enero de 1906.)

En vista de las dificultades que presenta el diagnóstico de la tuberculosis urinaria, cuando no se pueden comprobar lesiones anatómicas características, han hecho que el Dr. Colombino, de Turín,

Digitized by Google

invitado por su maestro Motz, dirija sus estudios de investigación por el aspecto citológico de los depósitos urinarios.

Bien sabido es que la investigación del bacilo de Koch en las orinas sólo tiene valor cuando va seguido de un resultado positivo, y que son grandes las dificultades que, á pesar de todas las precauciones, existen para descubrirle, y que frecuentemente no se logra encontrarle sino después de repetidas investigaciones.

La inoculación de las orinas en conejos de Indias no da mayores resultados, puesto que en ocasiones las orinas tuberculosas pueden no infectar al animal en experiencia, y por otro lado este procedimiento exige un tiempo demasiado largo.

Lógico era pensar, procediendo por analogía de lo que se observa en otros líquidos del organismo, que la tuberculosis del aparato urinario pudiera traducirse en una fórmula especial de los leucocitos contenidos en la orina, y en este sentido ha examinado un gran número de sedimentos urinarios pertenecientes á diversas afecciones, resultando de estos exámenes que la fórmula leucocitaria es casi siempre la misma, ya se trate de la tuberculosis ó de otras afecciones.

Polinucleares neutrófilos.....	90-95
Mononucleares grandes ó pequeños.....	10-5,

habiendo observado solamente en dos casos de infecciones crónicas de larga duración una mononucleosis intensa; hecho que está perfectamente en armonía con lo que se observa en otros líquidos del organismo.

Resulta de estas observaciones que siempre que hay supuración del aparato urinario, sea ó no bacilar, se encuentran en las orinas los leucocitos mononucleares al lado de los polinucleares que constituyen la inmensa mayoría, y que en dos casos de abscesos abiertas secundariamente en el aparato urinario, sin que éste participase de la supuración, el sedimento acusaba sólo polinucleares; y á este propósito, el autor se pregunta si los elementos que llamamos leucocitos polinucleares no provendrán del epitelio urinario modificado, hipótesis ya emitida por Halli y Motz.

Siguiendo estas observaciones relativas á la fórmula citológica, el autor ha hecho una comprobación interesante: y es que si en algunas orinas existen leucocitos de aspecto normal y bien coloreables por los medios ordinarios, en otras, por el contrario, existen deformados y teniendo afinidades tintoriales distintas, conduciéndole estos hechos á dividir, bajo el aspecto clínico, en dos clases los glóbulos blancos de los sedimentos urinarios.

Unos, pertenecientes á las afecciones que no son tuberculosas, que tienen una forma normal; un contorno regular y se colorean

Digitized by Google

como los leucocitos de la sangre normal, por los procedimientos habituales; y otros, leucocitos de la tuberculosis, cuyo estudio es por demás interesante. Los glóbulos blancos en la tuberculosis urinaria presentan una alteración especial, puede decirse que característica, y puede observarse por simple examen sin necesidad de coloración. Basta para ello colocar una gota del depósito obtenido por centrifugación sobre un portaobjetos y recubrirle con un cubreobjetos, y observar con el ocular núm. 4 y el objetivo núm. 7 de Strassine, y entonces se ve que la forma de los leucocitos es por demás variable: alargada unas veces, poliédrica ó almenada otras; su contorno es irregular; aparecen á veces en su periferia pequeñas esferillas de protoplasma que parece que se quieren desprender del leucocito y que le dan el aspecto de haber estallado su cubierta. La presencia de hematíes mezclados con los leucocitos de este modo deformados, es un signo de tuberculosis producido porque la orina de estos enfermos los contiene casi siempre á causa de hemorragias microscópicas.

Estos son los datos que pueden obtenerse del estudio de las orinas sin coloración. Ahora bien: si después de bien fijada se procede á colorear la preparación y se examina con el objetivo de inmersión, se observa que entre las curiosas alteraciones del protoplasma y del nódulo la más característica es la *irregularidad del contorno protoplásmico de los elementos,* que se encuentra desencajado, almenado, y en algunos polinucleares el protoplasma está como roído, reducido considerablemente alrededor del nódulo polimorfo. También se encuentran nódulos casi libres, que se clasifican, sin embargo, entre los polinucleares por estar en contacto con granulaciones neutrófilas que pueden colorearse por cualquiera de los procedimientos de Ehrlich ó de Nocard, y, por fin, como último carácter, pueden encontrarse diferentes vacuolas en este protoplasma.

El nódulo toma menos enérgicamente los reactivos: su cromatina se presenta bajo la forma de manchas, unas veces oscuras y otras más pálidas, y por esta particularidad es preciso colorear los granos neutrófilos del protoplasma para asegurarse que se trata de los polinucleares.

La degeneración de los leucocitos que forman el sedimento puede considerarse como constante en la tuberculosis urinaria, y el punto capital de esta degeneración es la alteración del contorno protoplasmático de los glóbulos blancos, que puede apreciarse por simple examen microscópico, sin necesidad de coloración, y que es suficiente en clínica.

El estudio de las alteraciones leucocitarias descritas constituyen, á juicio de su autor, un nuevo elemento de diagnóstico de la tuberculosis urinaria, cuyo procedimiento es más sencillo y está más

Digitized by Google

á la disposición del clínico que los otros procedimientos de laboratorio, y que permitirá en la mayoría de los casos una tuberculosis de otras supuraciones urinarias.

Para completar este estudio el autor recomienda la siguiente técnica para la coloración de las preparaciones: el depósito se extiende de una manera regular en capas muy finas sobre varias láminas, sirviéndose, como para la sangre, de una tarjeta, y se deja secar; fijación por medio del alcohol absoluto, que lo cree el preferible, y del que se vierten algunas gotas sobre la preparación, dejándola secar.

Una vez fija, se procede á la coloración, para lo cual se colorea una lámina con la hematoxilina-eosina-naranja, y otra, bien sea por el procedimiento de Ehrlich ó el de Nocard.

1.° *Hematoxilina-eosina-naranja.*—Se colorea por la hematoxilina durante cinco ó diez minutos. Se lava abundantemente con agua; en seguida, y por espacio de diez minutos, con una solución que contenga un gramo de naranja y un gramo de eosina por doscientos centímetros cúbicos de agua. Se lava, se seca y se examina con objetivo de inmersión.

2.° *Triácido de Ehrlich.*—Colorear durante quince á veinte minutos.

3.° *Procedimiento de Nocard.*—Se colorea con la mezcla de una gota de azul d'azur y doce gotas de solución de eosina.

La solución de azul d'azur se prepara:

Azul d'azur.....	1	gramo.
Acido fénico nivoso.....	0,50	»
Agua.....	100	»

La de eosina:

Eosina al agua Hoechst.....	0,25	gramos.
Agua.....	1.000	»

Se colorea con esta mezcla por espacio de diez minutos, se lava con agua, se trata la preparación durante medio ó un minuto con la solución de naranja-tanino de Grübler, se lava, se seca y se observa con la inmersión.

II.—Piuria renal derecha, diagnosticada por la separación intravesical de las orinas en ausencia de todo síntoma renal, por M. Lambert (de Reims). Relatado por M. Henri Hartmann. (*Bulletin et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 de Marzo de 1906.)

Un panadero, de treinta y cinco años de edad, se presenta en la clínica del Dr. Lambert con orinas turbias, de coloración lechosa y frecuencia en las micciones, sin dolor.

No existe, en el momento del examen, ningún síntoma renal, ni aumento de volumen, ni dolor á nivel de ninguno de los riñones, ni

Digitized by Google

de los uréteres; el reflejo urétero-vesical no puede determinarse tampoco en ninguno de los lados: todo se reduce en este momento á la existencia de una piuria acompañada de polacuria. Solamente, entre los antecedentes del enfermo, se recuerdan algunas crisis dolorosas del lado derecho que hacen suponer una lesión renal de este lado; y no existiendo síntomas renales, con la ausencia de todo signo físico en el momento que se presenta á consultar, sólo puede adquirirse la certeza de la localización por el examen del producto de la secreción de cada uno de los riñones.

Hecha la separación, después de una inyección en la vejiga, de 5 centímetros cúbicos de una disolución de stovaína al 1 por 50, se recogió, á la izquierda, 3,008 c. c. de una orina limpia, amarillo-cetrina, ácida, conteniendo por litro 20,95 gramos de urea, 11 de cloro dosificado NaCl; á la derecha, 5,004 c. c. de orina opalescente, con sedimento blanco, neutra, conteniendo 4,77 gramos de urea, 5,50 de cloro, observándose que á la izquierda la evacuación se verificaba por eyaculaciones sucesivas y á la derecha gota á gota y de una manera continua.

La separación ha puesto de manifiesto una lesión del lado derecho que sólo podía sospecharse antes. M. hizo la nefrotomía y drenó una colección purulenta del polo inferior del riñón derecho, obteniendo una curación rápida y demostrando que en estos casos es necesario hacer exámenes directos de la orina, aislada de cada uno de los riñones, para obtener la precisión diagnóstica que sólo pueden alcanzar estos medios de investigación actuales.

REVISTA DE REVISTAS

Una histérica, por el Dr. Abdón Sánchez Hernández, *de número, por oposición, de la Beneficencia municipal.*—Tratar el asunto del histerismo después de tantos observadores eminentes, parecerá atrevido. Es difícil retener siquiera los nombres de todos los que sobre él han escrito en el último tercio del pasado siglo. Sólo Gilles de la Tourette, para condensar la enseñanza de Charcot en la Salpetrière, ha escrito tres voluminosos tomos, que por lo demás se leen con singular agrado, como cuanto sale de la pluma de los franceses, los más hábiles narradores del mundo. Es el caso que, si en lo relativo á la sintomatología estamos bien, en lo concerniente á la patogenia estamos mal; y como siempre la terapéutica racional ha de estar basada sobre una patogenia verdad, juzgue el lector cuáles serán nuestros resultados en el tratamiento curativo del histerismo.

Digitized by Google

Si á lo antes dicho se me contestara que, no siendo esta afección capaz de causar la muerte, no es tan lamentable nuestro atraso en su conocimiento, respondería que esto es cierto (en términos generales); pero también lo es que no sería un médico práctico el que tal dijese, porque *el que ha visto muchas histéricas sabe cuán penosa es la convivencia de los suyos con la enferma, y cómo ésta es capaz de hacer, de los que se ven en el duro trance de acompañarla, verdaderos mártires.* No es el histerismo grave en cuanto á la vida, salvo muy rara excepción: convenido; pero *es una de las enfermedades más penosas que se conocen, sobre todo para aquellas personas que constituyen la familia de la paciente y que viven en su compañía.* Voy á estudiar un caso que he tenido ocasión de examinar á mi gusto, ya que la ciencia se basa sobre los hechos, y uno solo de éstos vale más que cien argumentos.

Se trata de una joven de veintiséis años. He aquí sus antecedentes. *Por circunstancias especiales de familia fué educada con entera libertad, sin que nunca su voluntad cediese á otra voluntad extraña. Cuanto quería, lograba. Fué, pues, una educación mal dirigida, y cuando se pensó en evitarlo era ya tarde.* Nunca ha tenido paroxismos histéricos, tal y como en los libros clásicos se describen, pero *su estado mental es muy característico. Todo es exagerado en ella:* pasa con singular facilidad del llanto á la risa y de la risa al llanto. *Presenta su historia descartando con calculada habilidad lo que pueda serle desfavorable, hasta el punto de que quien oyéndola la ignorase se inclinaría á darle la razón á la enferma.* Aparece resignada por fuera, y en su interior está muy lejos de estarlo. *Como se halla en un medio psíquico que no es el suyo habitual, disimula su afección tratando de engañar á los que la visitan.*

Pues esta joven, *tan inocente y sana al parecer,* ha amenazado gravemente á su madre, profesa aversión á su hermano, á quien sólo debe favores y cuidadosas atenciones, y *en su casa era tan irascible que la vida se hacía imposible á los que la rodeaban.* Sin motivo permanecía días enteros en la cama, y desdeñaba cualquier ocupación y el trabajo, por insignificante que fuera. Su odio al movimiento es grande, casi tanto como el que tiene para la labor útil. En el fondo del carácter de ésta, como de las demás histéricas, se halla un rasgo fundamental, que es *la necesidad que sienten de llamar la atención sobre sí mismas, de que se ocupen de ellas y de obtener las miradas del público. Á esto lo sacrifican todo:* una vida de trabajo constante y asiduo no tiene para ellas ningún mérito; es una existencia oscura, y ellas *desean estar siempre en escena, en plena luz.*

Cuanto más se piensa en la naturaleza íntima del histerismo,

Digitized by Google

mejor se comprende que llevan razón los que, siguiendo á Janet y otros, le consideran *como una afección mental;* claro que no en el sentido que el vulgo da á esta palabra, sino *como tiene curso en los manuales de Medicina mental*, en particular el excelente de Régis. Para diagnosticar una afección de esta naturaleza, *debemos atenernos al examen de los actos, porque, dada la propensión á mentir que tienen las histéricas y su capacidad para disimular, no podemos fiarnos de sus palabras*. ¡Cuántas veces una histérica ha obtenido una salida prematura de una casa de salud, por haber engañado al médico, que la creía curada, y, ya en libertad, *combina sus medios con cálculo para vengarse* de los que la recluyeron! Así, la enferma que estudio, que ha agredido á su madre (le ha roto dos dientes de una bofetada) y ha amenazado á su hermano, queriéndole matar, *que reúne en sí los caracteres específicos de este mal*, es una histérica inveterada, *confinando con la que algunos autores designan con el nombre de locura histérica,* denominación que, sin embargo, no ha sido aceptada por todos los mentalistas.

Hay, además, en ella una *variabilidad constante de las ideas*: en la conversación pasa de un tema á otro, sin justificación bastante, por lo cual resulta—*aunque amena*—difícil de seguir con atención por el oyente, á causa de sus repetidas divagaciones, que la hacen romper el hilo de su discurso. Esta es la razón de por qué *las histéricas,* á pesar de que algunas poseen un talento clarísimo, como la que ahora describo, *no pueden dar remate á cosa alguna de provecho;* la causa es que empiezan, se distraen, se les *va la idea*, y no vuelven á acordarse de lo que habían pensado hacer. Porque para hacer es preciso tener una sola idea, desatender todas las otras, inoportunas en aquel momento, y no descansar hasta que aquélla haya tomado cuerpo en la realidad tangible.

Es cierto que la inestabilidad constante del pensamiento es síntoma característico de las histéricas; así que los actos que realizan no las impresionan ni comprenden bien su alcance; *los que sufren son los allegados, que no se explican más que después de una experiencia muy larga y adquirida á sus expensas la verdadera causa á que obedecen*. Porque es menester decir que *muchas histéricas que con certeza lo son no tienen ataques importantes ó los tienen muy espaciados, y los parientes en algo distinto piensan menos en dicha afección*. Se ha popularizado tanto la idea de ver el histerismo entero en el ordinario ataque que todos conocen, que es un error muy general. No; *el histerismo es una enfermedad continua, permanente, y sus signos esenciales* (los estigmas histéricos de Charcot) *se presentan con claridad admirable para el estudio en el período interparoxístico*.

Lo esencial de la histérica es su estado mental, típico, inconfun-

Digitized by Google

dible con ninguna otra enfermedad. Yo creo que aquí está el nudo de la cuestión, y que sólo por el atento examen de la mentalidad de las enfermas llegaremos á establecer la verdadera teoría del histerismo. El estudio de este asunto encierra tan grande interés para el médico como para el psicólogo. Psicólogo, y de los más ilustres, es Janet, el autor de la doctrina que hace consistir el histerismo en *una disminución del campo de la conciencia* y en un defecto del poder de síntesis personal. Y sea cualquiera la idea que sobre ella nos formemos, no puede negarse que contiene una parte de la verdad. Y ya es mucho en estos tiempos de vergonzante materialismo preocuparse por el estado de la conciencia para explicar la patogenia de una enfermedad.

¿Puede curarse una histérica lindando con la vesania, como la que en estos momentos examino? Curarse, creo que no; mejorarse mucho, sí, de modo que pueda llegar á ser posible su convivencia con su familia. *Desde Charcot se sabe que la condición primera en el tratamiento del histerismo es el aislamiento.* Convencido de esta necesidad, el médico práctico debe rechazar encargarse de la asistencia de una enferma histérica si no está separada de sus deudos y en condiciones adecuadas. Claro es que me refiero al que por su posición se halle en el caso de ser sincero con sus clientes, y pueda establecer una selección entre aquellos que solicitan sus cuidados. En esta enfermedad es donde la *sugestión hipnótica* ha vencido mayores obstáculos. Las histéricas se hipnotizan bien, llegan pronto al sonambulismo y son muy sugestionables.

Ocasión buena sería ahora, si el espacio de que dispongo me lo permitiera, de estudiar cómo por sugestión durante el sonambulismo se pueden ir destruyendo poco á poco *sus ideas falsas, su egoísmo, inspirándolas sentimientos benévolos* hacia sus parientes y amigos, y fortificando su versátil voluntad. Cuando el hipnotizador tiene fe y paciencia, y cuando las condiciones de ambiente moral son favorables, se logran con este medio efectos en verdad sorprendentes. En cuanto á los medicamentos, debemos economizarlos; se usan con preferencia los sedantes del sistema nervioso y los hipnóticos, pero yo confío más en la higiene y en los medios morales (sugestión) que en los fármacos.—(De *El Siglo Médico*, 21 Abril 1906.)

El análisis coprológico, como medio de diagnóstico en las dispepsias duodenales, por el Dr. Francisco María Héctor.—¡Qué cierto es que la fortuna es ciega! Tal parece que una falaz casualidad, más caprichosa que justiciera, se complace en escoger como favoritos de aquella cortesana, no ciertamente á los

Digitized by Google

más merecedores, sino á aquellos que caprichosamente se presenten al acaso. Tengo el derecho á pensar así, porque en este momento, para mí inolvidable, experimento los dulces halagos de esa fortuna, las grandes satisfacciones de una esperanza que llega á su ocaso y deja á mi espíritu inundado en esa felicidad que sólo se experimenta al ver convertido en realidad el ideal soñado.

Nunca más que en sueño pude pensar que el honor que me cabe en este momento pudiera yo ostentar; y, sin embargo, es una realidad, y no un loco ensueño, que ocupo esta prestigiosa tribuna; es una realidad, y no un loco ensueño, que tengo el honor de dirigiros la palabra. ¿A qué otra cosa más que á la fortuna y á la benevolencia de vosotros hubiera de agradecer esta distinción?

Cuando el día 14 de este mismo mes disertaba en el hospital número 1 sobre un tema parecido á éste, tuve que agradecer inmerecidos aplausos y muy expresivas felicitaciones como expresión de la más generosa amistad, aplausos y felicitaciones que cuentan con toda mi gratitud; y entre esas demostraciones que tanto me complacen, cuento la galante invitación del honorable señor presidente de esta Academia, que tuvo la generosidad de invitarme para este acto, mostrándome el deseo de que leyera aquí una conferencia sobre el tema motivo de mi disertación allí, «Importancia de la Coprología».

Exponerme su deseo y acceder en el acto, todo fué uno: no de otra manera podía suceder. ¿Cómo no corresponder á tanta distinción? ¿Cómo declinar tanto honor? ¿Cómo era posible renunciar á aspirar el delicioso perfume del incienso que la propia flaqueza humana ofrendaba en mi honor?

Tampoco me hubiera yo permitido dejar de complacer al ilustre señor presidente, quien es para mí uno de los compatriotas más dignos del respeto y de la consideración de los que amen esta tierra, porque ha sido siempre apóstol y obrero incansable de todo lo que aquí ha supuesto civilización, progreso y cultura. No, no podía negarme.

Por otra parte, ¿qué pudiera preocuparme para incurrir en censurable negativa? Mi insignificancia, dirán todos: bien lo sé; pero ese concepto tan generalizado no me disculpaba tampoco, puesto que no cometía indiscreción revelando mi impericia, ya de todos vosotros conocida. ¿El temor de molestaros? Tampoco; porque bien sabéis el respeto y las consideraciones que os debo y os guardo.

Conociendo como conozco la habitual cortesía y generosidad del auditorio que aquí se congrega, es otra razón de más para aceptar la honrosa invitación que se me ha hecho. Bien sé y tengo por cosa segura que todos los grandes sentimientos del espíritu, y entre ellos la generosidad y benevolencia, se exaltan y duplican por la educación, la ilustración y la cultura, y... ¿dónde pudiera encontrarme

Digitized by Google

que más hallara? ¿Dónde pudiera respirar más cultura que en este ambiente?

Esta convicción es mi tranquilizadora garantía.

Disculpada y explicada así la natural extrañeza que de otra suerte habría de causaros al verme ocupar esta tribuna, voy á tratar del asunto objeto de este trabajo.

EL ANÁLISIS COPROLÓGICO, COMO MEDIO DE DIAGNÓSTICO EN LAS DISPEPSIAS DUODENALES

He de ocuparme de los datos suministrados por el análisis de las heces, según el método seguido por el profesor René Gaultier (1), tesis que me ha servido para este trabajo. Dejando para luego hacer mención de los síntomas funcionales, físicos y generales, que ya con cierta fisonomía propia caracterizan en la clínica esta variedad de dispepsias.

Ha de instituirse previamente, como requisito indispensable para todo análisis, una comida de prueba de tipo general, siempre que en este sentido se haga el análisis, y particular en cada caso. Después de un régimen lácteo por veinticuatro horas, se hace ingerir al enfermo: 500 gramos de leche, 100 gramos de pan y otros tantos de patatas, 60 gramos de carne roja y 30 gramos de manteca; al empezar, á media comida y al terminar ésta, se ingerirán tres obleas conteniendo de 30 á 50 centigramos de carmín.

Recomiéndese al enfermo que anote el tiempo transcurrido entre la toma del alimento y la aparición de las heces carminadas; teniendo de esta manera conocimiento de la *travesía* digestiva. Pésese el total de las materias carminadas, y así se tendrá la noción del *peso*.

Practicando con estas heces un análisis comparado, empezando por la travesía digestiva, por ejemplo, se podrá comprobar que esta travesía estará fuera de los límites mínimo y máximo (de veintiséis á cuarenta horas), tiempo normal, siempre que exista una perturbación duodenal.

Esta perturbación, independientemente de influencias nerviosas centrales ó periféricas, dependerán: su prolongación, de la disminución ó ausencia de la secreción biliar; ó de cualquiera otra de las causas conocidas capaces de contener el peristaltismo intestinal. En este caso el *peso*, es decir, la relación de la cantidad de las sustancias líquidas (72 por 100) con la relación del peso de las sustancias sólidas (28 por 100) estarán modificadas: habrá una disminución de las primeras con respecto á las segundas.

(1) R. Gaultier: *Ensayos de Coprología Clínica*. París, 1905.

Digitized by Google

La *reacción* de las heces, que normalmente ha de ser neutra—y no hay que temer alteración por el régimen alimenticio, que puede modificarla, puesto que se está procediendo previa comida de prueba,—será *ácida*.

Las *grasas*, que en estado normal se sabe que son absorbidas en un 95 á un 96 por 100, y que un 75 por 100 son desdobladas en forma de ácidos grasos y jabones, y que sólo un cuarto permanece en estado de grasa neutra, en estos estados patológicos en que la secreción biliar falta en el duodeno, bien por defectos de excreción ó secreción, la cantidad de grasa inutilizada varía entonces de 47 á 63 por 100, desdoblándose solamente en un tercio, y los otros dos tercios se encuentran en forma de grasa neutra (1).

No sufren alteración alguna las sustancias hidro-carbonadas.

Las sustancias albuminoídeas son excretadas en un 13 á 17 por 100, en vez de 4 á 5 por 100, estado normal.

Faltando los pigmentos biliares, las heces han de estar decoloradas en mayor ó menor grado, según la cantidad de aquéllos.

Cuando, por el contrario, hay exceso de bilis, la travesía es menor de veintiséis horas.

Las sustancias líquidas estarán aumentadas más del 72 por 100, y las sólidas disminuídas menos del 28 por 100.

La reacción será ácida. Habrá lientería por los alimentos que sin transformarse pasarán á las heces, y coloración oscura de éstas por exceso de materia colorante biliar.

Cuando es el jugo *pancreático* el que se encuentra disminuído ó suprimido, la *travesía* está disminuída. Hay exceso de principios líquidos, con disminución de los sólidos. *Reacción* alcalina. Las grasas apenas son utilizadas, mucho menos si son sólidas; obsérvase el síntoma sthearrea; las carnes apenas son digeridas, encontrándose entre los residuos alimenticios.

Las sustancias hidro-carbonadas se escapan á la sacarificación en un 20 á 40 por 100 (Heden) (2).

Las sustancias albuminoídeas están un tanto disminuídas en su aprovechamiento; aunque la saliva por una parte y los fermentos figurados, bacilo amylobacter, por ejemplo, suplen en este sentido la inhibición pancreática.

Fácil es suponer cuál será el resultado del análisis coprológico cuando conjuntamente falten en el intestino las secreciones hepato-pancreáticas.

Cuando los trastornos digestivos dependen de alteraciones del *intestino delgado* mismo, esta alteración funcional se refleja en el

(1) R. Gaultier: *La Presse Médicale* de 24 de Septiembre de 1904.
(2) Heden: *Tratado de Fisiología*. París, 1899.

Digitized by Google

coeficiente de utilización intestinal, y el examen de los excrementos elaborados indicará una *travesía* más corta. Aumento en los principios líquidos sobre los sólidos. *Reacción* ácida. Presencia de residuos alimenticios asimilables. Los hidratos de carbono, perdidos en un 15 por 100; y el coeficiente del ázoe total llega hasta el 60 por 100.

De igual manera la reacción ácida de las heces, con los signos de la supresión de la bilis y del jugo pancreático, comprobado ya por el análisis químico, será una prueba de la dispepsia denominada DIARREA ÁCIDA DEL ADULTO. Cuya causa no es otra más que el paso del quimo hiperácido, por hiperclorhidria, al intestino, que, no encontrando en el duodeno ni bilis ni jugo pancreático para neutralizar su acidez, al perdurar ésta determina los trastornos ya conocidos, dando lugar al proceso que acabo de nombrar.

Con lo expuesto, aunque de una manera tan sintética, estimo probado que sin el análisis de las heces no sería posible llegar á explorar el funcionalismo intestinal, ni llegar tampoco á poder precisar de manera suficiente cuál de sus distintas porciones es aquella donde las funciones que le están encomendadas no se realizan normalmente. Es decir, no podría localizarse la perturbación digestiva, y, por lo tanto, la distinción entre las dispepsias gástrica y duodenal sería imposible, cuya lastimosa confusión no consentiría el establecimiento de una terapéutica racional ni un régimen dietético oportuno.

Ejemplo de ello tenemos en la diarrea ácida que acabo de nombrar, donde la dieta láctea, que es el *sine qua non* de los dietéticos, es contraproducente en ella, porque paraliza la secreción biliar. En cambio, las carnes y huevos, que la activan, son de excelentes resultados para su curación.

Este solo ejemplo es tan elocuente, que por sí solo nos demuestra la necesidad de precisar el diagnóstico de las dispepsias y la importancia de la Coprología para ese diagnóstico diferencial.

Sin el concurso de ella no se podría llegar al conocimiento preciso de que las dispepsias duodenales pueden reconocer como causa no sólo aquellas que dependen del intestino mismo, sino también de sus glándulas accesorias, hígado y páncreas, así como también cuando conjunta ó separadamente sus secreciones respectivas cooperan al acto digestivo, ó se encuentran disminuídas ó suprimidas.

Por otra parte, el análisis químico de los desechos excrementicios intestinales viene á ser como la demostración de la sintomatología clínica, la demostración evidente entre el trastorno patológico y el síntoma que lo determina.

Tanto los síntomas funcionales como los físicos y generales se encuentran lógicamente explicados. Así se advierte en las dispep-

Digitized by Google

sias de causa pancreática confirmada por el análisis coprológico; el estado de la lengua será normal; este signo es constante en la dispepsia duodenal, sea cual fuere su causa. El apetito será extraordinario, polifagia. Hay también polidipsia.

El dolor, que será dos ó tres horas despues de las comidas, estará situado á la izquierda de la línea alba, sobre la glándula pancreática, irradiándose hacia el lombo del mismo lado.

La diarrea, que es constante en la perturbación pancreática, será grasosa, fácilmente reconocible: ésta es la sthearrea.

La palpación de la región periumbilical izquierda demostrará un páncreas aumentado y doloroso.

Tinte terroso, caquéctico, acompañado de extrema debilidad y marchitez, adelgazamiento extraordinario sin justificación aparente, dada la gran cantidad de alimentos ingeridos; pero que después del análisis coprológico quedará demostrado, toda vez que las heces presentarán los caracteres ya enumerados en la inhibición pancreática en que el coeficiente de utilización intestinal será casi nulo, el desgaste orgánico no será repuesto, y la bancarrota orgánica, por supuesto, será la consecuencia fatal.

Ahora de otra manera; hagamos un ligero recorrido como éste en las dispepsias duodenales de causa hepática confirmada por el análisis.

El apetito será escaso ó nulo, puede llegar á la anorexia, ó á la repulsión absoluta de ciertos alimentos, como las grasas y las carnes; hecho explicable, según dice R. Gaultier (1), después de las experiencias de Pawlow sobre las secreciones psíquicas y electivas de los jugos digestivos.

El dolor tendrá su asiento en el hipocondrio derecho, sobre la glándula biliar, irradiándose en ocasiones hasta determinar escapulalgia.

El prurito nocturno es muy frecuente, como pasa en las afecciones hepáticas con reabsorción biliar.

La diarrea puede existir; pero en este caso puede ser la falsa diarrea del constipado, diarrea por la defensa que realiza la mucosa rectal al sentirse irritada por la coprosclerosis, que es un signo constante, y que éste á su vez es la resultante de la constipación en otras ocasiones.

La palpación de la región hepática indicará anormalidad en la glándula, que se encontrará pequeña ó grande, y, en su consecuencia, se observará circulación colateral en las paredes del vientre y dolores ó molestias hemorroidales.

La demacración no será tan rápida como en la dispepsia pan-

(1) R. Gaultier: Tesis citada.

Digitized by Google

creática; el color será de tono más acentuadamente amarillento, aunque el ictero no es constante.

Por lo expuesto se ve cómo el síndrome coprológico, que no es más que la resultante de la fisiología patológica, en mutua correspondencia, nos explican la sintomatología del proceso complejo denominado dispepsia duodenal.

También queda demostrado, con razones en mi concepto bastante probatorias, que la Coprología y la Clínica tienen que prestarse mutua ayuda, que sin esa íntima asociación no se puede llegar de una manera positiva á un diagnóstico preciso.

Y lo que es la consecuencia inmediata del diagnóstico: sin esa exploración conjunta, no se podría llegar á un tratamiento racional y lógico. Con todo lo expuesto creo haber conseguido demostrar el enunciado de esta tesis.

He terminado; pero antes de abandonar este lugar, quiero consignar la convicción íntima que abrigo de que estos estudios, tan importantes para la semiología intestinal, como lo es la urología para la semiología renal, palabras de Gaultier, entre nosotros harán fortuna; se les prestará la atención que el asunto merece; contará la clínica con este poderoso auxiliar, que si hasta aquí no hemos aprovechado, disculpados estamos por boca del eminente maestro Alberto Robin (1), cuando en el seno de la Academia de Medicina de París ha dicho, en Diciembre del año retro próximo, literalmente así:

«El examen de las materias fecales, muy descuidado hasta aquí, suministrará todavía útiles enseñanzas.»—(De la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana.)*

BIBLIOGRAFÍA

POR LUIS MARCO

El pie-bot varus-equino congénito, *Tesis presentada para optar al grado de Doctor,* por Enrique Finochietto, Ex-interno *por concurso* del Hospital de Clínicas, Médico interno del Hospital Rawson.—Un tomo de 204 páginas (263 mm × 175 mm), con 16 figuras. Buenos Aires, 1904, imprenta de Agustín Etchepareborda, Tacuarí, 359; sin precio señalado.

Esta notable monografía consta de las siguientes partes: Introducción; Algunas consideraciones sobre el pie normal (forma y función); Etiología del pie *bot* congénito; Evolución y clasificación clí-

(1) *Bulletin General de Thérapeutique.* Decembre 15 de 1905.

Digitized by Google

nicas del pie *bot* varus equino congénito (forma y función); Anatomía patológica; Tratamiento; Observaciones; Proposiciones accesorias; y Bibliografía.—Las partes más extensas son: el tratamiento (65 páginas), las consideraciones acerca de forma y función del pie normal (45 páginas), las 44 observaciones clínicas (18 páginas en cuerpo de notas) y la anatomía patológica (21 páginas); á la etiología, evolución y clasificación sólo dedica en junto 22 páginas; y la introducción es tan concisa y precisa, que con tres páginas ha tenido el autor lo suficiente para caracterizar sus propósitos y criterio.

Fundándose el autor en que la actitud patológica, que por sí sola constituye la deformidad, puede reproducirse experimentalmente en todos sus elementos en un pie normal, hace con exactitud el estudio de su forma y función, pero sin detenerse en detalles inútiles y que no tengan una aplicación provechosa.

El análisis osteológico y sindesmológico, la morfología y la funcionalidad de todas y cada una de las partes constructivas del pie normal, y la transmisión de movimientos comunicados al de un niño, permiten ver producirse de un modo extemporáneo y transitorio el equinismo y el varismo del pie zambo varus-equino. La extensión máxima (equinismo provocado del pie normal) se logra casi toda en la articulación tibiotarsiana (135°) y el resto en las subastragalina y mediotarsiana. La adducción máxima (varismo provocado del pie normal), con supinación del tarso y enroscamiento de la planta, llega á 30° en la tibiotarsiana, 15 á 20° más añadiendo la mediotarsiana y alcanza á 90° si también se pone en movimiento el calcáneo.

Este equino-varismo transitorio, provocado y fisiológico se presenta como deformidad permanente, espontánea y morbosa, adquirida en la vida fetal y manifestada desde el comienzo de la extrauterina, avanzando por grados desde que el niño de pies zambos varo-equinos se sostiene en posición vertical y rompe á andar. Ese varo-equinismo congénito patológico tiene causas productoras, y para explicarlas hase inventado cierto número de teorías; todas ellas resultan insuficientes y hasta contradictorias, además de que la comprobación de su certeza no tiene interés práctico para la profilaxia eficaz; y el problema real que se presenta al médico es el de la terapéutica curativa.

El Dr. Finochietto, consecuente consigo mismo y con la realidad, expone, analiza y desecha las hipótesis etiológicas y patogenésicas de la compresión fetal, de la detención de desarrollo intrauterino limitada al pie, de la contractura muscular, de la parálisis muscular, de las lesiones en foco del sistema cerebro-medular, de la distrofia teratológica. Y añade: «Felizmente, á pesar de la impenetrable oscuridad que aun reina en la tan debatida cuestión de la

Digitized by Google

etiología de los pies *bots* (zambos), su tratamiento no ha dejado por eso de progresar en la medida que los adelantos de la cirugía lo permitieron... La terapéutica encontrará siempre en el estudio de la anatomía normal y patológica su fuente inagotable de progreso.»

Con igual buen juicio y sobriedad trata el asunto de la evolución del varo-equinismo congénito y las clasificaciones de sus grados ó formas clínicas. Encuentra cómoda, pero deficiente, la clásica taxonomía de Bouvier con sus tres grados, que describe y analiza; porque si facilita la descripción de conjunto de la deformidad, en cambio no permite formarse una idea exacta de la gravedad de las lesiones, la cual se juzga en clínica por el grado de irreductibilidad y no por el de la curva descrita. Tampoco halla exacta la ingeniosa clasificación de Monod, fundada en el apriorismo de que la lesión primitiva es muscular, la siguiente es ligamentosa y la final es ósea; la realidad clínica lo desmiente. De ahí que el Dr. Finochietto se atenga á las tres variedades instituídas por el insigne y malogrado Profesor Posadas: variedad reductible por completo, variedad irreductible en absoluto (congénita, consecutiva), y entre ambos extremos radicales una larga serie de pies zambos varo-equinos incompletamente reductibles.

Viene luego la importante materia de la anatomía patológica: descripción de los cambios de dirección y variaciones de forma, sufridos por los huesos, músculos y ligamentos, como origen de las indicaciones terapéuticas. Ese estudio lo ha hecho del natural el distinguido cirujano argentino, analizando 5 astrágalos, 3 escafoides y cuboides (todos ellos extirpados en niños de cuatro á trece años); más dos pies zambos de adulto, disecados, uno conservando músculos y ligamentos, el otro sólo con estos últimos. Con las piezas patológicas á la vista, describe admirablemente el Dr. Finochietto las lesiones anatómicas y los trastornos funcionales consecutivos á ellas. De estos datos deduce dos axiomas: el pie zambo anatómicamente irreductible existe desde antes del nacimiento; la gravedad de las lesiones no guarda una relación constante con la edad del sujeto.

Toda la finalidad de las ciencias médicas viene á parar en instituir en cada caso el mejor tratamiento posible. El del pie zambo varo-equino es todavía una de las cuestiones más debatidas de la cirugía. Y como la terapéutica es lo más importante para el médico, puesto que es lo que más interesa al enfermo y da razón de sér á la Medicina, el Dr. Finochietto dedica á ese asunto la más extensa parte de su bien cimentada Tesis.

El llamado enderezamiento y masaje forzados, los aparatos ortopédicos y los apósitos rígidos inamovibles merecen franca, enérgica y justa reprobación al cirujano bonaerense. Las fuerzas brutas y ciegas, lo largo y económicamente dispendioso del tratamiento, lo

Digitized by Google

ineficaz del mismo en cuanto á curación completa sin recidivas, son motivos científicos, prácticos, morales, sociales y equitativos para abjurar de esos curanderiles ó mercantilistas procedimientos, desde que los hay más eficaces, rápidos y baratos. No tiene desperdicio cuanto sobre el particular expone el Dr. Finochietto. Y en lo que atañe á los pies zambos irreductibles é incompletamente reductibles, la razón natural, el sentido científico, el arte operatorio, la experiencia clínica, las observaciones detalladas con que termina esta brillante monografía, todo ello demuestra que la tarsectomía (cabeza y cuello del astrágalo y gran apófisis del calcáneo, por lo menos) con tenotomía del tendón de Aquiles, punto de Posadas (atravesando con crin ó hilo de plata la piel, el tejido celular, la aponeurosis, el esqueleto correspondiente y el músculo pedio) para estrechar la herida y sostener la reducción, y sin otro apósito que una buena capa de gasa aséptica y un vendaje común... es el tratamiento digno de la cirugía moderna y de la profesión prestigiosa. El vendaje no es corrector de la deformidad, sino que simplemente mantiene la corrección obtenida sin esfuerzo mecánico, sólo por la operatoria. Al mes de haberse operado, el enfermo obtiene la curación radical, completa, definitiva; las 44 observaciones insertas al final demuestran que ese período de un mes de tratamiento post-operatorio es el de la mayoría de los casos y no un promedio arbitrario. El médico ha dejado de ser un «*algebrista caro*» y ha ascendido á la categoría de un cirujano moderno, útil á los clientes que en él confían.

Excepto cinco fotografías, todas las demás ilustraciones gráficas han sido dibujadas por el autor, con corrección y buen gusto. Las Tesis doctorales, las Revistas y los libros científicos procedentes de Buenos Aires revelan sincero afán de tomar en serio las cosas serias, aportando mucho y buen trabajo personal á la labor colectiva de la Ciencia universal. Buenos Aires es una de las colmenas intelectuales donde hay más y mejores abejas que elaboren la miel del progreso mental y social.

VARIEDADES

Los areneros. — *Al Excmo. Sr. D. Federico Rubio y Galí.*— Por el Dr. Luis Marco. — I. Hallábame tiempos atrás en el suntuoso y severo despacho del famoso operador, departiendo gratamente con el maestro venerable. En los azares de la conversación hubo de recaer ésta en la índole de las actuales condiciones del trabajo, que, debiendo ser siempre la primera necesidad para la vida

Digitized by Google

sana del hombre, suele no ser, en la inmensa mayoría de los casos, sino una causa abonada y permanente de muerte crónica y prematura.

—Sobre todo—decía D. Federico, —me apena mucho el trabajo excesivo de los niños y adolescentes. Por ejemplo: no puedo oir el grito con que el arenero pregona su pobre mercancía, sin pensar en el continuo y cuantioso esfuerzo de sus músculos y de sus pulmones, y sin sentir en el alma la miseria social y orgánica de esos infelices niños y jovenzuelos. ¿Cuánto trabajan? ¿Qué comen? ¿Dónde duermen? ¿Están abandonados? ¿Hay alguien que los explote? ¿Qué sufre su organismo? ¿Qué pasa dentro de su sér? Multiplicaría hasta lo infinito las preguntas si hubiera de exponer el indice de los sentimientos y de las ideas que con signo interrogante escribe dentro de mi el grito del arenero, cual si fuese yo el fonógrafo de su voz estridente.

—Por mi parte—respondí al maestro,—si muchas veces he pensado en los niños obreros de las fábricas y en los niños gimnastas de los circos, nunca pensé en esa otra forma del trabajo juvenil acerca de la cual acaba usted de llamarme la atención ahora.

—Pues, si sus ocupaciones se lo permiten—contestó D. Federico, con bondadosa indicación, —tráigame usted un sencillo apunte del natural acerca de los areneros.

Y ésta es la verdadera historia de las presentes notas, sin pretensiones y tomadas de la realidad.

II. Cuando salí de casa del gran cirujano, iba pensando en que era preciso preparar mi ánimo á ver y oir cosas muy tristes, que indudablemente iba á entablar conocimiento con un grupo de seres humanos víctimas de nuestra inhumana organización social, con el sello de la degradación física en sus miembros demacrados por un trabajo excesivo y una alimentación insuficiente, y con el estigma de la degradación animica en sus cerebros pervertidos y en sus corazones maleados por el abandono y la explotación, por la ignorancia y la miseria. Pensaba en el cúmulo de observaciones antropológicas y psíquicas que habría de recoger en el desempeño de la tarea que gustoso aceptara momentos antes, y veíame ya trazando un cuadro lúgubre de deformidades del cuerpo y del alma de una multitud de jóvenes, dignos de compasión por las inexorables tristezas de su vida en los albores de la existencia. ¡Cuántas profundas desdichas incurables, más por desconocerse que por ser imposible tratarlas con buen éxito, en el intrincado laberinto de una gran ciudad, de una capital con medio millón de habitantes!

Parecíame llamado á recolectar la primera materia (los hechos reales) para un capítulo de antropología y de sociología, sin poner

Digitized by Google

mientes en lo abstruso de estas disquisiciones y en lo arduo de aquellas búsquedas. En el desempeño de mi cometido hallaría, sin duda, no sólo «signos profesionales» de importancia para la identificación médico-legal de los individuos y para comprobar ó refutar algunas consideraciones antropológico-zoológicas transformistas de Lombroso en su estudio acerca de *los cargadores,* dedicado á Darwin, sino que, á la vez de esas deformaciones, causadas por las necesarias circunstancias propias de tal oficio, y juntamente con los trastornos plásticos y funcionales producidos en la edad del desarrollo por una dura faena, no podrían menos de surgir ante mi vista hechos relacionados con los más interesantes problemas sociales relativos á la infancia trabajadora, á la infancia abandonada, á la infancia viciosa y tal vez á la infancia criminal, cuatro negrísimas manchas del sol de nuestra civilización, que tanto nos enorgullece y deslumbra.

Esto que voy diciendo no es una digresión: es un hecho, y un hecho que se necesita registrar. En toda observación, científica ó no científica, hay un dato previo, y es: la *ecuación personal del observador*. Los astrónomos la tienen en cuenta; lógico es que también la tengan los micrólogos y cuantos usan aparatos ópticos para la diagnosis de los fenómenos naturales, y es ultralógico que la ecuación personal acompañe siempre á todo estudio real, siguiendo las leyes de la óptica del pensamiento; como también es necesario que á todo registro de observaciones siga, como la sombra al cuerpo, un conjunto de conclusiones relativas á las causas segundas y á los efectos inmediatos, ya que de la Ciencia se hallan descartadas las causas primeras y las causas finales, como propias que son de la metafísica infracientífica.

El estado de ánimo del observador antes de la observación forma parte principalísima de su ecuación personal, y lo constituyen sus *prejuicios* científicos y extracientíficos. El estado de ánimo del observador después de la observación, y al formular las conclusiones, modifica su ecuación personal; y lo forman los que por analogismo pueden llamarse *postjuicios,* que pasan á ser nuevos prejuicios para futuras investigaciones.

III. ¿De dónde extraen la arena los areneros de Madrid? Pudieran extraerla de todas partes, puesto que la villa se asienta sobre un arenal onduloso, como un mar silíceo cuajado mientras estaban encrespadas sus olas. Pero el hecho es que la estéril cosecha de sílice en grano menudo la recolectan esos muchachos en dos sitios, de preferencia: los tejares próximos al Puente de Toledo, junto á la ribera allá del Manzanares, y los desmontes existentes entre el cuartel de caballería de la Reina Cristina y las inmediatas tapias del Retiro, por la parte que mira á la nueva continuación del Paseo de

Digitized by Google

Atocha. A este último sitio me encaminé una mañanita del mes de Abril, á poco de asomar el sol.

Hermosa mañana de primavera, con tiempo variable. El cielo no está limpio y azul como suele presentarse en la meseta central de Castilla; tampoco está nublado, pero sí opalino cual agua ligeramente teñida por la tenue precipitación del aceite esencial de unas cuantas gotas de aguardiente anisado. Se ve el sol cual una mancha redonda de luz difusa, á la manera como si las capas inferiores de la atmósfera fuesen una infinita serie de telones de gasa superpuestos; y, para contraste, allá por el Mediodía y muy en lontananza hay dos nubecillas plomizas juntas é inmóviles, cual una pareja de aves enormes cerniéndose en el espacio á inmensas alturas, y que no volasen, sino que cayesen á plomo. Buena mañana para el trabajo al aire libre.

Voy por el Prado y el Paseo de Atocha; continúo por el nuevo paseo de invierno, denominado de la Reina Cristina, y á la izquierda aparéceseme el cuartel en construcción, formado por un cuerpo principal paralelo á la rasante del Paseo, y detrás una serie de pabellones aislados entre sí y del anterior, al cual son perpendiculares. A los costados, y detrás de toda esta planta, se ven los paredones de tierra del desmonte, liscs y verticales en su parte alta, desmoronados desde la mitad abajo como ruinas caóticas. Para erigir bélico edificio hubo que desmontar un cuadrilátero grandísimo en la falda de una suave loma; la parte más culminante de ésta, alfombrada por una humilde y espontánea vegetación de gramíneas raquíticas y estériles, que adorna su verde trama con cabezuelas de flores amarillas y pincelitos morados de enanos cardos borriqueros en flor, se apoya en las tapias del Retiro, ó las tapias en la loma, problema que no trato de dilucidar.

Doy la vuelta en redondo á ese conjunto de cuadras (las llamo así si no se ofenden los caballos de que sus habitaciones tengan el mismo nombre que los dormitorios de los soldados de infantería), entre las cuales y el terreno circundante, cortado á pico, tiene su campo de operaciones buen golpe de los areneros de Madrid.

Todo se debe decir, y también se puede, si la palabra, dócil al pensamiento, sabe circunvalar las cosas, circunscribiéndolas dentro del lenguaje. Quiero decirlo, y lo diré: huele y no á rosas. Hay alrededor del cuartel una zanja en torno del paramento exterior del muro que lo cerca, y dentro de esa zanja existe una guirnalda de lo que Víctor Hugo *pone en boca* (sin perdón sea dicho, pues así se habla) de Cambronne en la batalla de Waterloo. El recuerdo no puede ser más guerrero ni más épico; pero el hecho es que huele mal.

Miro los desmontes, por si algo descubro de lo que allí me guía: no veo á nadie. Mas, en cambio, veo algo sugestivo: unas bocami-

Digitized by Google

nas, como gazaperas, en la confluencia de la quebrada base de los taludes y la vertical superficie de los artificiales acantilados arenosos. Antes de poder entrar es necesario subir, gateando, trepando, como sea posible, entre aquellos derrumbaderos en miniatura que presentan esas grandes dificultades de los obstáculos pequeños y múltiples. Algunos boquetes están un poco ahumados por la clave de esas bóvedas de topos humanos. Hay que subir á tales cuevas por entre las mil masas areniscas echadas á rodar por los accidentes atmosféricos.

Era para mí inconcuso (porque sí) que la minería arenaria practicábase explotando las canteras á cielo descubierto, y me hallo con que esa industria extractora realiza sus trabajos haciendo galerías subterráneas.

Primera observación: á pesar de ser industriales y comerciantes en una pieza, los areneros son hombres de conciencia. Pudieran tomar á flor del suelo su mercancía, con menos trabajo, pero sucia, y no lo hacen. Arañando y escarbando, cual topos ó conejos, excavan los taludes para sacar arena limpia, inmaculada; no diré que la toman en las entrañas de la tierra, pero sí que la buscan bajo la piel de nuestro globo. La arena es para limpiar, y sacan arena virgen de toda impureza humana, no besada ni aun por los rayos del sol. He dicho antes «conciencia», y quizá sea hacer de la necesidad virtud: la susodicha guirnalda *cambronesca* tiene allí tantos festones, que sus densas mallas malolientes y oscuras aprisionan con una red muy tupida los terruños de aquel suelo desigual.

Visito cuatro ó cinco gazaperas, sin menoscabo de la ropa, aunque con fatiga de los músculos; y al salir de la última (que forma un túnel curvo á la izquierda y una hornacina honda á la derecha), tropiezo de manos á boca con un sér vivo, un burro, abandonado al parecer. Pero no; allí cerca veo á un viejo y un niño, rascando cada cual un boquete abierto en aquellos paredones de un color gris amarillento ó amarillo grisáceo. Son padre é hijo; el burro es de ellos. Esos trogloditas de la limpieza doméstica son unos capitalistas: poseen un capital semoviente y cuadrúpedo, que rebuzna y tira coces, que come paja y cebada, y produce fuerza útil y estiércol; en una palabra, tienen un pollino á quien explotar, base de su riqueza, fundamento de su posición social. Estoy en presencia de los burgueses de la sílice en grano, de la aristocracia de la arena.

El padre no me interesa. El chico sí, porque es un niño y está trabajando. Es un muchacho guapo, de correctas facciones, ojos vivos é inteligentes y rubicundas mejillas; en la derecha se destacan sobre el encendido color del rostro dos redondelitos pálidos, ligeramente azulados, de un diámetro menor que el de una peseta, como la momentánea impresión de isquemia que dejasen las yemas de dos

Digitized by Google

dedos al comprimir con fuerza el cutis. Ya sé que esto no significa nada; pero la Ciencia y la Literatura van hoy de concierto por la senda de la descripción verdadera; y sería poco respetuoso para con ambas manifestaciones del espíritu humano el no señalar con esmero dicho insignificativo, ya que no insignificante, detalle real.

—¿Hace mucho tiempo que eres arenero?—le pregunto con el afán de un juez de instrucción, ávido de informes exactos para formar el proceso de la verdad.

—Desde la edad de cuatro años—me responde entre esquivo y complaciente, como quien teme dar con un investigador de la riqueza oculta imponible, y desearía que le resultase un periodista á caza de asuntos nuevos y populares.

—¿Cuántos tienes ahora?

—Catorce, cumplidos.

—Aquel hombre, ¿es tu padre?

—Sí, señor.

—¿Y es vuestro ese asno?

Aquí vaciló en darme respuesta; acaso entonces viera en mí el fantasma tétrico y horripilante del investigador de contribuciones y la amenaza de un impuesto nuevo. Me miró de través, y al fin dijo:

—Sí, señor.

—¿También tu padre es arenero?

—Le diré á usted: el arenero soy yo. Mi padre cría gallinas y conejos; pero, como llevo ya diez años con esto de la arena, tengo mi parroquia fija, además de lo que salta, y el burro nos ayuda en el trabajo.

—¿Con qué sacáis la arena?

Esta pregunta cándida le supo de seguro á periodista, pues desde ese momento se humanizó un poco más conmigo. Y abriéndome su corazón (tal era la misteriosa importancia que dió á sus palabras), dijo:

—Escarbando con una navaja, un clavo grande, ó cualquiera otra cosa así. *Aluego* llenamos los costales para cargar el burro y llevar arena á la parroquia, como son algunas tabernas, cacharrerías, fondas, cafés, casas grandes... Y ¿por qué me hace usted tantas preguntas? ¿Es para ponerlo en los papeles?

—Sí, para eso es; lo acertaste.

Esa era una mentirilla inocente que me ahorraba explicaciones y desconfianzas.

—Pues acuérdese usted de que me llamo Ambrosio—dijo engallándose un poquito—y soy de Madrid.

—No lo olvidaré. Sigue dándome noticias.

—Bueno. *Dempués* de cargar el burro, ¿está usted?, cargo yo con

Digitized by Google

mis dos espuertas, una encima de otra, ¿está usted?, y nos vamos yo, el burro y mi padre por esas calles de Dios, ¿está usted?

—Sí, hombre; ya estoy. ¿Qué peso llevas á cuestas?

—De una á dos arrobas, según el tiempo.

—¿Hasta qué hora dura la venta?

—Lo que no se haga antes de mediodía, ya no se hace.

—¿Y cuánto se viene á sacar?

—Eso es según y conforme. Hay días de dos *riales,* otros de tres, algunos de una peseta; eso sin contar la parroquia segura.

—¿Tienes callos, bultos ó torceduras en los hombros ó en la espalda, ó cualquiera otra cosa, por el peso de la arena y por el roce de la soga y de las espuertas?

—Sí, señor; mire usted.

Y despechugándose la camisa, me enseñó en ambos hombros, por la parte anterior, dos grandes chapas de epidermis endurecido, abundante, reluciente, sobre un fondo rojizo claro, casi sonrosado, pintándose con vigor en su fina piel de un blanco mate.

—Y el espinazo, ¿cómo lo tienes?

—Más tieso que un huso... Conque... señorito... si no tiene usted más que mandar, con su *premiso* voy á seguir sacando arena; no me suelte *dempués* el toro mi padre.

Me despedí del simpático Ambrosio, deseándole que Dios le conservara á su padre y al burro, y continué mi expedición exploratoria por aquel pequeño mundo desconocido.

Había ya unos cuantos chicuelos y mozalbetes trabajando en los demás socavones.

Saqué un par de pitillos, alargué uno de ellos á un mocetón que estaba limpiándose el sudor de la frente con una manga de la blusa, encendí, le dí lumbre y entablamos conversación de esta manera. Él fué quien me interrogó:

—¿Escribe usted en los periódicos, señorito?

—Sí; por eso te voy á hacer algunas preguntas. ¿Cómo te llamas, y cuántos años tienes?

Al ver que le preguntaba su nombre, me respondió muy contento:

—Me llamo Galo, para servir á Dios y á usted. Tengo diez y nueve años, y hace cinco que ando con este oficio.

Era un muchachote bien desarrollado para su edad, sin ser alto; tosco de cara, pecoso de viruelas, recio de cuerpo, sin ser fornido; color sano, rostro satisfecho, simpático en su trato por sus comedidos modales, no estudiados.

Así como Ambrosio resultaba casi un burgués, Galo era resueltamente un pobre obrero. Si bien ninguno de ellos era explotado, Ambrosio venía á ser, por su parte, un explotador... del jumento,

Digitized by Google

verdadero siervo del terruño en aquella loma, que (al decir de Galo) se denomina «el cerrillo del Marqués».

Galo tiene padres, pero viven en Guadalajara. Él se vino á Madrid á los catorce años, para buscar con qué vivir. Estuvo algún tiempo al cálor de una tía suya, que ya no da calor ni frío, porque no es rica, y á Galo le falta mucho para dejar de ser pobre. Enterado de estos detalles de su vida íntima, prosigo el interrogatorio acerca de su vida pública.

—¿Cuántos areneros trabajáis aquí?

—Unos quince ó veinte.

—¿Y en los tejares y demás sitios?

—*Miusté*, *semos* en *Madrí* cincuenta *ú* sesenta á vender arena.

—¿Y la vendéis todos por vuestra cuenta, ó hay algunos que trabajan por cuenta de otros?

—*Ca* uno trabaja *pa sigo mesmo*. Lo que hay es que quien *tie* borrico carga mucha arena de una vez (como ese muchacho que antes habló con *usté*), y la vende *mu* barata en las cacharrerías y otros puestos *asina*, donde la *mercan* las *criás*. Y *nusotros* tenemos que echar los hígados por esas calles *pa* sacar un par de *riales dende* las siete de la mañana hasta la una *ú* las dos de la tarde, corriendo *to Madrí* con dos arrobas de peso *á costillas*.

—¿De qué edad son los que se dedican á vender arena?

—Los más chicos *tien* siete, ocho años; yo soy de los más grandes. El año que viene iré á servir al Rey, si me toca la china, y *sacabó* la arena. Algunos hay hasta de veinticuatro años, y unos cuantos viejos, muy pocos.

—Además del callo en los hombros, ¿se os hace algún bulto en el espinazo?

—Sí, señor; á algunos se les pone una *chepa*; pero *aluego* se les quita, en *cuantique* dejan el oficio.

—¿Tenéis todos familia?

—Hay cuatro *ú* cinco que no tienen padre, ni madre, ni perro que les ladre.

—¿Dónde coméis?

—Donde nos pilla el hambre y cuando se saca *guita*. Si hay una *perra gorda*, en las Tiendas de Asilo; si no la hay, en los cuarteles de la tropa. El que no *tie* familia en *Madrí*, como yo, se las apaña *pa* dormir en unas casas que hay *pa* eso. Si se ha *sacao* poco *parné*, por una *perra grande* á dormir en el suelo, sobre una tarima, *tos* juntos, sin manta ni cabezal. Si se ha *tenío* buen día, por un *rial* se pasa buena noche en una cama limpia y sin bichos ni miseria. Y así vamos viviendo, señorito.

—¿Hay la misma venta todo el año?

—En *to* el año se viene á vender lo *mesmo*. No sólo vendemos

Digitized by Google

arena por dinero, sino que *tamién* la damos á cambio de botas y zapatos viejos; nos los compran en los puestos del Rastro y de las Américas, allí los apañan de una chapuza y se los venden por nuevos á los *panolis* de paletos que van á caza de gangas.

—La última pregunta. ¿Cómo os va de salud con el oficio? ¿Podéis vivir sólo con él? ¿Estáis contentos de vuestra suerte?

—*Miusté,* como *semos* jóvenes, y con dos *riales* ni sobra ni falta, y *naide* nos manda ni nos come lo que *ganemos,* y vivimos en *metá* del arroyo, y nunca falta, gracias á Dios, *pa* un *bocao* de pan, y descansamos *toa* la tarde, y dormimos á pierna suelta de un tirón *toa* la noche..., la *verdá,* no estamos *mu encanijaos* y no sabemos lo que son penas. Al *prencipio* duelen los hombros y queman que echan chispas, con las sogas *pa* sujetar los capachos; pero *aluego* se va uno *hiciendo* poco á poco, y ya no duele, ni quema, ni *na.*

—Está bien, Galo. Que sigas así de satisfecho, hasta que te rapen y te hagan poner el pantalón encarnado de los pistolos el año que viene.

—Gracias, señorito, y *salú*... ¡Ah!, señorito, que se *alcuerde usté* de mí cuando hable de esto en los papeles.

—Te lo prometo. Adiós.

Mientras tanto, habíanse ido ya Ambrosio, su padre y el asno. Otros cinco ó seis chicos estaban echándose á hombros las espuertas de arena y disponiéndose á entrar en el casco de la población, donde vender su pobre pero útil mercancía. No vi á ninguno con cara enfermiza, ni con el cuerpo deforme ó inválido. Todos tenían buen color, y no parecían hallarse ni disgustados ni orgullosos de su papel en la sociedad.

Seguí por el Paseo de la Reina Cristina y entré en el Parque de Madrid por la puerta de Granada, frente al Hospitalillo del Niño Jesús. Cinco minutos después hallábame en el Paseo de Fernán-Núñez, junto á la estatua del Angel Caído.

IV. Por las enarenadas calles, ceñidas de bojes y arrayanes, que separan macizos de pinos y almendros, olmos y álamos blancos, robinias y acacias, plátanos y sóforas, juntamente con árboles del amor, lilas y minutisas, que ponen manchas violáceas y blancas en aquel fondo de tan variados tonos y matices verdes; por las culebreantes sendas amarillas que corren haciendo *eses* entre praderas á la inglesa, en cuyo tapiz en cuestas de trébol y vallico hay canastillas de flores multicoloras y plantas de hojas ornamentales; junto al paseo de carruajes, desierto en aquellas horas matutinas, á no muchos metros de las canteras de los areneros, iba yo pensando que éstos no daban pie para elucubraciones antropológicas y sociológicas de fuste. ¡Adiós, cintas métricas, compases de espesor, an-

Digitized by Google

tropómetros, dinamómetros, espirómetros y demás científicas zarandajas dignas de todo respeto!

Una mala tapia separa el sitio donde por la mañana trabajan los areneros para extraer de la tierra el primero de sus productos, y el sitio donde por la tarde se esparcen los potentados, reales ó ficticios, para quienes son todos los productos de nuestro planeta y de la labor humana. ¿Quiénes están más sanos, y quiénes son más felices?

De un lado, jóvenes que trabajan por cuenta propia y no viven de la fatiga ajena; dueños de sí mismos, de sus instrumentos del trabajo, usufructuarios libres y comunes del suelo que explotan, realizando los igualitarios ideales socialistas cristianos del conde León Tolstoy y los hermosos ideales comunistas y anárquicos del príncipe Kropotkine (pues, para colmo de contrastes, condes y príncipes y millonarios van hoy al frente de la revolución social). De otro lado, ricos en bienes de fortuna, llenos de disgustos dorados por los placeres; cavilosos y enfermos y tristes por culpas del ayer y temores del mañana, ó con artificiosas alegrías cortadas con arreglo al patrón de la etiqueta y según lo demanden las leyes de la moda; sin saber muchas veces qué pensar, ni aun qué sentir; dueños de todo lo conocido y faltos de algo desconocido, pero necesario para el verdadero goce del vivir.

Y al comparar mentalmente la juventud á quien acababa de ver en el trabajo, al aire libre, con la juventud que á tales horas estaría en blando lecho, entre sábanas de Holanda y cobertores de plumón, preguntábame una y otra vez á mí mismo:

—¿Quiénes están más limpios de cuerpo y alma? ¿Quiénes son más felices y más útiles á sí propios y á la sociedad?—(De *El Siglo Médico,* 6 Enero 1895.)

Matrícula en el Instituto Rubio.—Para ser Alumno de este Instituto de enseñanza mutua y familiar, es preciso ser Doctor ó Licenciado en Medicina, pagar por adelantado 250 pesetas de *matrícula única* y comprometerse á tomar parte durante dos años en las tareas teóricas y prácticas del Instituto. Al cabo de dos años de asistencia efectiva se obtiene el Diploma certificado de Profesor-Alumno y el derecho de tener consulta en un Dispensario, solo ó en unión de los que ya lo desempeñan, según la mayor conveniencia para el régimen, á juicio del Director del Instituto, y conciliando entre sí todos los derechos del Profesorado.

La matrícula se solicita y se paga en casa del Secretario del Profesorado, D. José Nadal May y Losada, calle del Pez, núm. 22, piso principal, de cuatro á seis de la tarde, menos los días festivos.

Digitized by Google

Premio FEDERICO RUBIO en todas las Facultades de Medicina.—El director del Instituto Rubio pasó en 1902 la siguiente comunicación á los rectores y decanos:

Ilmo. Sr.: El Profesorado de este Instituto, en reunión celebrada el 16 del corriente para coadyuvar de un modo eficaz y permanente á los fines de sus Estatutos y Reglamentos, honrando la memoria de su fundador, acordó lo siguiente:

1.° Fundar un premio anual en cada Facultad de Medicina de España, titulado *Premio Federico Rubio*. 2.° Que dicho premio consista en una *matrícula de honor gratuita* para alumno del Instituto de Terapéutica de Madrid, con iguales deberes y derechos reglamentarios que los alumnos de pago en el mismo. 3.° Que el referido *Premio* se conceda por votación entre los alumnos oficiales de la Facultad que estén cursando el último año de la Licenciatura, celebrándose al efecto dicha votación dentro de la primera quincena de Mayo de cada año. 4.° Que los alumnos votantes y el alumno por ellos votado para el *Premio Federico Rubio* pertenezcan al segundo curso de Clínica quirúrgica. 5.° Que se ruegue al señor decano de cada Facultad de Medicina, con la conformidad del señor rector de la Universidad, que tenga á bien tomar las disposiciones oportunas para la publicación permanente de este concurso anual, la convocatoria á la votación y el certificado del resultado de la misma. 6.° Y que al darse al alumno premiado la certificación (en papel común) en que se acredite dicho *Premio*, tenga á bien el Decanato comunicarlo, por sí ó por Secretaría, al director del Instituto de Terapéutica operatoria, en la Moncloa (Madrid).

Al ponerlo en conocimiento de V. I., el Profesorado del Instituto tiene el honor de saludarle por su persona y cargo, como también al respetable Claustro de catedráticos de la Facultad de Medicina.

Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 20 de Octubre de 1902. El Director, *Dr. A. Martínez Ángel.*

Digitized by Google

DONATIVO REGIO

S. M. la Reina Doña María Cristina, Protectora decidida del Instituto Rubio, dando una nueva prueba del interés que le inspira este Centro benéfico, se ha dignado dotar á perpetuidad una cama, destinando á este objeto 13.000 pesetas del donativo que hiciera á la Augusta Señora el Casino *La Gran Peña* con motivo de las Bodas Reales.

Los Profesores del Instituto, conmovidos por este rasgo hermoso de la caridad inagotable de la Reina madre, elevan hasta ella, por sí y en nombre de los enfermos beneficiados, el testimonio respetuoso de su sincera gratitud y á la vez la felicitación más entusiasta por haber salido ilesos sus **Augustos Hijos** del inicuo atentado que tan unánime protesta ha merecido en todo el mundo, y á la que une la suya

La Redacción.

Digitized by Google

Digitized by Google

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

(JUEVES CLÍNICOS)

NOTAS CLÍNICAS

PRIMERA NOTA SOBRE UN CASO DE CÁNCER DE LA CARA POSTERIOR DEL CIEGO

POR EL PROFESOR D. M. DEL CASTILLO

Jefe del Dispensario de Cirugía general.

Señores: He dado entrada á este enfermo porque es un caso oscuro é interesante y que merece estudiarse con detenimiento.

El día que le vi en el Dispensario por primera vez no se quejaba más que de un gran dolor en la ingle derecha. Los alumnos y ayudantes me dijeron que estaba inscrito hacía pocos días, con el diagnóstico de adenitis; pero que no afirmaban nada, por haberlo reconocido ligeramente, en espera de mi opinión.

Siguiendo la costumbre que tengo de hacer primero el examen objetivo, tomando como punto de partida el síntoma que más llama la atención del paciente, para relacionarlo con el resultado de la inspección y completar el juicio con la anamnesia y análisis que sean necesarios, procedimiento al que doy mi preferencia porque deja mucho á la impresión propia y evita sugestiones y prejuicios, reconocí la región inguinal derecha, y noté en ella varios ganglios aumentados de volumen y endurecidos. Los órganos genitales, el intestino recto y el miembro inferior no sufrían lesión alguna que indicara el punto de partida de la afección ganglionar; solamente en el último se notaba un edema algo generalizado. En la fosa ilíaca derecha se apreciaba una tumoración, y esto nos dió la clave para podernos explicar el edema y el estado de los ganglios.

Los antecedentes eran: dolores intestinales y diarrea desde hacía treinta meses, dolor intensísimo en el muslo derecho, que contaba cuatro meses de fecha y recientemente acusaba la aparición del proceso ganglionar, siendo éste tan doloroso que casi borraba el dolor del muslo y de los intestinos.

Los trastornos intestinales habían sido tratados por infinidad de medicamentos; el dolor del muslo, por inyecciones oxigenadas; y los ganglios, por pomadas resolutivas (?).

Presento á ustedes el enfermo sin diagnóstico, aunque éste es

Digitized by Google

necesario para ingresar en la sala. En la hoja de entrada dice: Curso 10. Número 128. Indalecio Vázquez, procedente del Dispensario de Cirugía general, con el número 8.386. Diagnóstico: flemón ilíaco derecho.

El Dispensario general es uno de los más concurridos: á él van innumerables profesores para enseñar y aprender; allí se discute todo; existe en él la verdadera libertad que tánto necesita la Ciencia, nada de dogma; cada cual emite su opinión y el resultado da la razón al que la tiene, sin que los equívocados se consideren humillados, ni traten de quitar importancia, con sutilezas y distingos, al que supo diagnosticar. En los casos difíciles se opta por lo que parece acercarse más á la verdad, y por esto aceptamos provisionalmente el diagnóstico del Sr. Lozano, que es el del boletín.

Llama la atención en este enfermo su fisonomía tan especial, que revela grandes sufrimientos, y el color, que parece el de un caquéctico.

El decúbito, como ven ustedes, es supino, y el miembro inferior derecho está en abducción y semiflexión, con rotación hacia afuera, y se aprecia claramente el edema ya citado. Los ganglios de la ingle, bien examinados, parecen degenerados más bien que inflamados ó indurados. A simple vista se nota en el abdomen un ligero abombamiento, algo más acentuado en la fosa ilíaca derecha. Por el tacto no se aprecia síntoma importante de parte del peritoneo y sí una tumoración profunda en la citada fosa ilíaca. La percusión demuestra que dicha tumoración está situada detrás del intestino ciego.

Ya sabemos que hay un proceso retrocecal; pero ignoramos el que pueda ser.

¿Será una psoitis, una adenopatía ó alguna lesión ósea de la pelvis ó vertebral? No lo parece.

¿Se tratará de una paratiflitis? Conviene tener presente que desde hace veintitrés años que Verneuil, Lannelongue, Cornil y otros profesores distinguidos practicaron y publicaron la autopsia de Gambetta, hasta el día de la fecha, ha existido y existe una verdadera fiebre de investigación en los procesos peri y paracecales, y en la actualidad se puede afirmar que casi todas estas inflamaciones son consecutivas á la del apéndice.

Pues bien: esto no parece una apendicitis, á pesar de las formas, algunas veces muy extraordinarias, que suelen tener las lesiones del apéndice. Además, en este caso ha comenzado la enfermedad lenta é insidiosamente; falta el punto de Mac-Burney, y no hay signo alguno de responsabilidad peritoneal ni contracción de los músculos abdominales.

Dice el Dr. Yagüe que es una tuberculosis: no puedo negarlo en

Digitized by Google

absoluto. Algunos señores que le dan poca importancia al diagnóstico opinan que se impone la laparotomía para salir de dudas: yo soy contrario por completo á esa opinión.

Siempre he sostenido que no hay nada más perjudicial y anticientífico que las punciones é incisiones exploradoras, y que el buen clínico puede diagnosticar en la mayoría de los casos, si tiene conocimientos extensos de anatomía, fisiología y patología; si es observador concienzudo y además tiene mucha práctica, máxime contando con los recursos tan útiles que presta el laboratorio.

A la mesa de operaciones debe ir el enfermo con la distinción de su enfermedad hecha, y si no resulta lo que el operador había diagnosticado, debe éste confesar su equivocación, sin tratar de disculparse, porque el error no tiene defensa, y de esta manera los tropiezos son motivos de enseñanza.

No hay que ser como Hermes, aquel célebre médico de Menfis, quien por sostener su pronóstico, después de estar Zadig completamente bueno, escribió una obra para demostrar que no debía haberse curado.

Lo que conviene tener presente es lo que dice Roger: «No hay hechos contradictorios, ni experimentos engañosos, ni excepciones; lo que existen son observaciones incompletas ó insuficientemente estudiadas».

El jueves próximo seguiré hablando de este caso, y veremos si puedo decirles fijamente el diagnóstico. No piensen ustedes que tengo la pretensión de resolver satisfactoriamente este problema: es muy posible que sea superior á mi inteligencia; pero esto no desmentirá mis afirmaciones; lo único que demostrará es que no soy un clínico perfecto.

OPERACIÓN IDEAL DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS DEL HÍGADO

Por el Dr. D. Pablo Lozano

Del Instituto Rubio.

En vista de los grandes inconvenientes y peligros que acarrea la marsupialización de los quistes hidatídicos del hígado, y á cuyos peligros hay que añadir la larga duración de las curas consecutivas, Delbet ideó un medio de curación más rápido, previo adosamiento de la pared interior del quiste mediante sutura con catgut, *capitonnage,* que dicen los franceses, y después sutura de la abertura quística y de la pared abdominal.

En efecto, el procedimiento dió resultados excelentes, y la curación de los operados se abrevió de modo extraordinario, puesto que en vez de esperar el relleno de la cavidad quística por el crecimien-

Digitized by Google

to de los mamelones carnosos de sus paredes, éstas se aproximaban, y uniéndose más tarde, venía á constituirse así una especie de cura por primera intención.

Pero en vista de las dificultades que ofrecía esa sutura interior del quiste ideada por Delbet, pensó Bobrow que se llegaría más fácilmente á idénticos satisfactorios resultados rellenando la cavidad quística con una disolución de iodoformo en glicerina; algunos accidentes de intoxicación le obligaron á abandonar la solución iodofórmica, sustituyéndola por otra de sal común al 7,50 por 1.000.

El objeto que se proponía con estas soluciones, con las que rellenaba la cavidad del quiste, era evitar la trasudación de las paredes de éste, así como mantener una presión interior que impidiera la dilatación de las vías biliares, que podría conducir hasta á su rotura. Pero estos temores son completamente infundados, como el mismo Bobrow tuvo ocasión de comprobar cuando, suprimiendo el relleno del quiste con las soluciones mencionadas, se limitó, no cuidándose de la cavidad quística, á la sutura de su abertura, y consecutivamente á la de la pared abdominal.

El éxito más completo coronó todos estos trabajos; así lo atestiguan cuantos operadores han intervenido más tarde quistes hidatídicos del hígado por idéntico procedimiento, y nosotros mismos hemos tenido ocasión de apreciar en las dos enfermas, cuya historia vamos á relatar brevemente.

Hace cuatro años ingresó en el Instituto Rubio una enferma de treinta y ocho años de edad, que ofrecía una tumoración considerable en el hipocondrio derecho, diagnosticada de quiste hidatídico del hígado.

En la mesa de operaciones se confirmó el diagnóstico, saliendo el líquido rocáceo característico al puncionar el quiste después de laparotomía central y relleno de gasas alrededor de los labios de la herida, para evitar el derrame del líquido en la cavidad peritoneal.

Se trataba de un quiste bastante voluminoso de la cara inferior del hígado, próximo al borde posterior.

Al intervenir á esta enferma nos proponíamos hacer la marsupialización del quiste siguiendo la tradicional costumbre, cosa que nos fué imposible hacer, porque los labios de la incisión que hicimos en su pared para vaciarle por completo y extraer íntegra la membrana quistógena no podían aproximarse á la piel, por estar, como hemos dicho, muy separados, correspondiendo casi al borde posterior del hígado.

Lejos de contrariarnos esta dificultad nos agradó, porque hacía tiempo que teníamos deseo de comprobar nosotros mismos los éxitos obtenidos por otros cirujanos en la operación ideal de los quistes hidatídicos del hígado.

Digitized by Google

Nos limitamos, pues, á hacer una limpieza esmerada de la cavidad quística; suturamos la abertura que en ella habíamos hecho, cerrándola herméticamente, y terminamos haciendo la sutura de la piel sin drenaje alguno.

Confesamos que nuestra intranquilidad fué grande durante las primeras horas, y aun los primeros días, temiendo que sobreviniera alguna infección ó, por lo menos, algún estancamiento de exudados abundantes que nos obligaran á abrir de nuevo la herida; pero nada de esto ocurrió: la enferma no acusó la menor reacción febril ni dolor alguno en la región operada, y, por tanto, no levantamos el vendaje hasta los ocho días, y al hacerlo, encontramos la incisión de la piel completamente cicatrizada; quitamos los puntos de sutura, y no apreciamos la menor tumoración debajo de la piel que indicara acumulación de exudados intra ó extra-cavitarios.

La enferma fué dada de alta completamente curada á los quince días de operada, aconsejándola que hiciera uso prolongado de una faja abdominal, con el fin de evitar una eventracion post-operatoria.

Aun cuando creemos que no tiene relación alguna con la existencia y operación del quiste operado en esta enferma, creemos necesario, en honor de la verdad, consignar que á los dos años ingresó de nuevo en el Instituto para ser intervenida, por lo que se diagnosnosticó, por todos los que la observamos, de embarazo tubario; tal era la semejanza que establecía con esta enfermedad, tanto la forma aguda de iniciarse como la marcha y desarrollo que siguió la tumoración que se apreciaba en la cavidad pelviana.

Abierto el vientre, nos encontramos con una tumoración central que ofrecía el tamaño y forma de una matriz en el segundo mes de gestación; hasta el punto de que, tanto el Dr. Moreno, que me honraba ayudándome en la operación, como yo, creímos en un principio que se trataba realmente de un útero enfermo, hasta que al ir rompiendo las adherencias peritoneales que tenía el tumor, se rompió éste y salió un poco de pus cremoso. Se vació con las mayores precauciones la cavidad del absceso, que vendría á contener unos 500 gramos de pus, sin hidátide alguno, y que se había formado en el tejido subperitoneal retro-uterino.

Se drenó la cavidad convenientemente, y la enferma se curó, gozando en la actualidad de perfecta salud:

La segunda de nuestras enfermas fué intervenida en el pasado mes de Abril.

Se trataba de una joven de diez y siete años de edad, oriunda de Orense, y con residencia en Madrid, que sintió hace tres años vivas molestias en el vientre, las que de tal modo se acentuaban con la presión del corsé, que se vió obligada á suspender su uso desde dicha fecha; acompañando á estas molestias, vió desarrollarse en

Digitized by Google

el hipocondrio derecho una tumoración, que fué creciendo paulatinamente hasta adquirir el tamaño considerable que presentaba en el momento de nuestra exploración, sin que, por otra parte, se hubiera resentido lo más mínimo el estado general de la enferma.

Diagnosticado su padecimiento de quiste hidatídico del hígado, y propuesta la operación, se hizo ésta sin otras circunstancias dignas de mención que la de ser confirmado el diagnóstico; la de ser el contenido sólo líquido rocáceo, sin mezcla de vesícula alguna; la de que se limpió perfectamente la cavidad quística y se extrajo íntegra la membrana quistógena; que resecamos una porción de la pared por no contener tejido hepático; que el quiste ocupaba la cara inferior del hígado; que examinada atentamente la cavidad quística, no se apreciaba ni exudados sanguíneo ni biliar alguno, ni la proximidad de otro quiste secundario, pues al tacto la pared superior daba la impresión de tejido hepático sano, y la inferior era sumamente delgada.

Después de una limpieza esmerada y de esta observación atenta, cerramos la cavidad quística, cuyas paredes se adosaban completamente por la simple acción de la presión intra-abdominal; suturamos la piel sin drenaje alguno, y vimos con satisfacción que no ocurrió el menor accidente post-operatorio, y que la enferma fué dada de alta á los doce días de operada, completamente sana, contenta y satisfecha.

Después de los resultados completamente satisfactorios obtenidos en estas dos intervenciones de operación ideal del quiste hidatídico del hígado, no es de extrañar que nosotros proclamemos la excelencia del procedimiento, y que estemos dispuestos á practicarle en todos los quistes que reúnan las condiciones indispensables.

Estas condiciones son las siguientes: 1.ª No tratarse de un quiste supurado, en cuyo caso sería imperdonable el dejar sin drenaje la cavidad quística. 2.ª Que sea un quiste único; ó si es doble, que pueda hacerse una limpieza completa de su cavidad ó cavidades, con el fin de evitar la reproducción, que podría tener lugar en caso de no haberse extraído todos los hidátides. 3.ª Que se trate de un quiste cuyas paredes puedan explorarse, con el fin de que si en ellas tuviera lugar alguna hemorragia ó extravasación de bilis por rotura de alguno de los conductos que la acarrean, pudiera cohibirse fácilmente aquélla y contenerse ésta por los medios apropiados antes de proceder á la sutura definitiva del quiste.

Madrid, 28 de Mayo de 1906.

Digitized by Google

TRES CASOS DE EPITELIOMA DEL CUELLO UTERINO CON EMBARAZO

POR EL DR. D. FRANCISCO BLASCO
Del Instituto Rubio.

La coincidencia del epitelioma del cuello uterino con el embarazo ha constituído durante mucho tiempo una verdadera rareza clínica: en la actualidad, á pesar de lo mucho que se escribe, Sarwig, después de resumir los datos estadísticos publicados por V. Winckel, Stratz y Sutugin, sólo ha logrado reunir una proporción de 1 por 2.000, ó sea el 0,05 por 100, cantidad afortunadamente muy pequeña.

Su poca frecuencia y algunas particularidades clínicas dignas de mención nos inducen á la publicación de tres observaciones propias. La primera enferma pertenece á la consulta de ginecología que dirige el Dr. Soler en la Casa de Socorro del distrito de Palacio, de quien me honro siendo ayudante, y de donde pude recoger estos datos, que publico con su beneplácito; los otros dos son de mi consulta pública.

I. Francisca X, de treinta y siete años de edad y natural de la provincia de Cáceres, acudió á la consulta el 10 de Noviembre de 1904; no refiere antecedentes hereditarios relacionados con su enfermedad actual, y sí sólo que había padecido las enfermedades propias de la infancia, siendo su constitución fuerte y el aspecto sano.

Regló por primera vez á los catorce años, estableciéndose dicha función normalmente y durando de tres á cuatro días cada período; éste siempre ha continuado lo mismo, hasta hace tres meses que se hizo más abundante que de costumbre; desde dicha fecha perdió su periodicidad, convirtiéndose en verdaderas metrorragias, que han llegado á durar diez días.

Ha tenido seis partos normales con puerperios fisiológicos, el último hace año y medio, y ningún aborto.

Las metrorragias eran el único síntoma que aquejaba y por el que fué á la consulta.

El tacto vaginal da á conocer la existencia de un epitelioma de tipo excrecente, que invade todo el cuello uterino, con algo de infiltración de la base de los dos ligamentos anchos, aunque un poco más acentuado en el del lado derecho.

Por el combinado con la palpación se aprecia la matriz en anteflexión fisiológica, blanda y grande, de manera uniforme, dando la sensación del útero en el segundo ó tercer mes del embarazo.

Con estos datos se diagnosticó: epitelioma excrecente del cuello con posible embarazo, ó fibroma, considerando más probable lo primero que lo segundo por la blandura y uniformidad del útero. Fal-

Digitized by Google

taban todos los demás síntomas que podemos llamar reflejos (vómitos, alteración oscura en la aréola del pezón, etc.).

El epitelioma estaba en el justo límite de su operabilidad, por lo que se propuso la histerectomía vaginal como tratamiento, considerando de urgencia la intervención; así se les hizo entender á sus deudos, y aceptada, la llevó á cabo el Dr. Soler, ayudado por mí, el 14 de Noviembre de 1904. Efectuóse por el procedimiento de Doyen, teniendo lugar la salida del embrión al llegar el corte de sección media á la cavidad del útero. Nada ocurrió digno de mención en los demás tiempos de la operación, ni en el curso post-operatorio, que fué inmejorable. La enferma abandonó la cama el día 6 de Diciembre; pero al mes el proceso estaba evidentemente reproducido.

II. El 29 de Diciembre de 1905 acudió á nuestra consulta pública una enferma de aspecto caquéctico, tan macilenta y encorvada que apenas podía andar, llevando en su cara escritas las huellas de largo y grande sufrimiento.

Dijo llamarse Petra Carcía Pateño, ser natural de Toledo, tener treinta y nueve años de edad y ser de estado casada.

Su primera regla la tuvo á los catorce años, con normalidad, siendo su duración de tres á cuatro días cuando soltera, y de casada más abundante en cantidad, pero lo mismo en su duración, hasta hace dos meses que la tiene continua.

Ha tenido cinco partos naturales con puerperios fisiológicos, el último hace seis años.

En el momento que se presentó á reconocimiento iba con la hemorragia mencionada y dolores á todo el bajo vientre, que habían comenzado en los primeros días de dicho mes.

El tacto vaginal permitió apreciar la existencia de una masa cancerosa ulcerada, que sangraba grandemente al tacto; había destruído el cuello, invadido la vagina é infiltrado todos los tejidos circunyacentes.

La sintomatología dada por la enferma armonizaba perfectamente con los datos recogidos por la exploración, y en el ánimo quedaba sèguro y firme el diagnóstico de epitelioma del cuello uterino, infiltrado é inoperable. Así hubiera quedado la afirmación sin la costumbre, que seguimos siempre de manera sistemática, de hacer en todas las enfermas que reconocemos el tacto combinado con la palpación, aunque no lo merezca el caso á primera vista, práctica recomendada constantemente por nuestro maestro el Dr. Gutiérrez. Ella me hizo ver que en esta enferma se escapaba la particularidad, verdaderamente curiosa, que bajo el punto de vista científico le prestaba mayor interés, pues nos permitió apreciar con la mano que haciamos la palpación un tumor blando, de superficie igual, continuo con el cuello uterino, al cual seguía en todos los movimientos que le

Digitized by Google

imprimíamos, situado en la parte central de la cavidad abdominal, alcanzando el polo superior del tumor á unos dos traveses de dedo por debajo del ombligo, con relativa movilidad. Lo que nos hizo sospechar que el útero estaba lleno, viniendo á confirmarlo el que en el curso de estas manipulaciones percibimos muy claramente el peloteo vaginal. Todos estos datos llevaban á pensar en la existencia de un embarazo posible, y para averiguarlo buscamos el latido fetal, y al encontrarlo no nos cupo la menor duda para afirmar la existencia de una gestación, que había cumplido por lo menos los cuatro meses y medio.

Circunstancias especiales en la vida de la enferma la hicieron negarlo todo, y ni por medios afirmativos, ni por las razones que la dimos, pudimos arrancarla ninguna noticia sobre faltas de período y demás datos pertinentes á la averiguación de su estado.

Ante la imposibilidad de salvarla por lo avanzado del proceso, fué mi deseo ver de conseguir salvar al feto, luchando por sostenerla hasta su viabilidad cuando menos, é intervenir después en la forma que las circunstancias aconsejaran. Para ello la mandé irrigaciones vaginales con lisol, recomendándola que la temperatura del agua fuera templada, que introdujera poca cánula en la vagina, y los demás cuidados elementales y necesarios, complementando el tratamiento con la medicación tónica y quietud, y encargándola que avisara si la ocurría algo. Como transcurrieran días sin que la enferma acudiera á la consulta ni tuviera noticias suyas, hice diligencias encaminadas á tenerlas, y sólo logré saber que falleció en 18 de Enero de 1906, casi de repente; no pudiendo obtener más detalles por ningún medio.

III. Francisca Sánchez, natural de Salamanca, de cuarenta y dos años de edad, se presentó en nuestra consulta el 9 de Marzo de 1906: no tiene antecedente alguno hereditario relacionado con su enfermedad actual.

Comenzó á reglar á los doce años normalmente, durando el menstruo mientras fué soltera tres ó cuatro días; casó á los veinte años, y siempre ha continuado el período en la misma forma.

Ha tenido ocho partos naturales, el último prematuro, de siete meses, hace tres; y dos abortos, de los que no recuerda la fecha; los puerperios han sido fisiológicos, menos el último, en que tuvo fiebre durante tres días, á partir del quinto, habiendo sido los loquios sanguíneos más abundantes que en los anteriores, pero sin llegar á la hemorragia.

Refiere que al finalizar el segundo mes del último embarazo empezó á notar flujo blanco, que fué aumentando de modo progresivo y tomando insensiblemente aspecto serosanguinolento, con mal olor, siendo algunos días sanguíneo.

Digitized by Google

Así continuó su embarazo, hasta que al llegar al séptimo mes dió á luz, iniciándose el parto por dolores y un poco de hemorragia. En las primeras horas de él y en los tres días consecutivos perdió bastante sangre, pero sin llegar á la hemorragia. Al quinto día del puerperio sintió escalofrío y fiebre ligera, que duró hasta el octavo. El loquio, de sanguíneo se hizo serosanguinolento, continuando del mismo modo hasta primeros de Febrero, en que fué sustituído por hemorragia más insistente que abundante, que no ha desaparecido hasta unos días antes de venir á la consulta, siendo en el momento de reconocerla el flujo serosanguinolento.

Por exploración por tacto vaginal se nota la existencia en el labio anterior del cuello uterino de un epitelioma de forma excrecente, que sangraba al menor contacto. En el labio posterior se apreció, y lo confirmó el espéculum, la existencia de una antigua eversión. No había infiltración; sólo se notaba una pequeña retracción de la base del ligamento ancho izquierdo, que bien pudiera ser restos de la ligera infección que tuvo en el último puerperio.

Considerándola afecta de epitelioma excrecente del labio anterior en buenas condiciones para ser intervenido por histerectomía vaginal, la presenté al Sr. Soler, el cual la admitió en la enfermería del Instituto Rubio, donde la practiqué la histerectomía vaginal en 28 de Marzo de 1906. Nada digno de mención ocurrió en la operación ni en el curso post-operatorio, por lo que fué dada de alta á los veinte días, continuando bien en la actualidad.

Las consideraciones á que se prestan estos casos son sencillas, pero interesantes.

En la primera observación expuesta, el epitelioma se presentó típico, tal y como lo describen los autores, con su marcha invasora, galopante, que todo lo enmascara, con evolución rápida y sobre todo con malignidad tan grande, que en dos meses, fecha de que data su aparición á juzgar por los síntomas, se hace inoperable, siendo además inmediata la reproducción, ya evidente al mes de la intervención.

La sobreactividad circulatoria del útero, su exceso de vida durante la gestación, y la gran cantidad de líquidos de que está infiltrado, le hacen terreno excelentemente abonado para que sea rapidísimo el desarrollo de la neoplasia.

Por ello, aunque el diagnóstico no puede hacerse de manera firme y precisa, por carencia de datos suficientes, dada la época del embarazo, no pasando de racional, se trató por la histerectomía vaginal, necesidad que se desprende de la gran rapidez en su marcha.

Todos los autores están conformes en aceptar como axioma que siempre que en el curso de una gestación, en los tres primeros meses, encontremos un epitelioma operable, debe ser intervenido in-

Digitized by Google

mediatamente, prescindiendo del feto, ya que si aguardamos á su viabilidad se dará lugar á que el proceso sea inoperable ó sobrevenga el aborto antes de dicha fecha, como frecuentemente ocurre, con lo que no se ha podido salvar el feto y perdido la ocasión de prolongar la vida de la madre.

Entre los procedimientos de la histerectomía se eligió el de Doyen, por ser el que más facilita poder volcar la matriz de una manera rápida, siempre que el útero es grande.

La misma rapidez de evolución encontramos en la segunda enferma, aunque las lesiones eran de mayor cuantía, por estar más avanzado su embarazo, del cual, si no pudimos asegurar con exactitud su fecha, por negarse la enferma á facilitarnos todo síntoma, interesada en ocultar su estado, no pudo impedir que lo comprobáramos con exactitud al encontrar los signos fetales de manera clara é indudable.

Esta observación pone una vez más de relieve la conveniencia de hacer siempre reconocimiento metódico, y sin desdeñar los síntomas que nos proporcionan con su relato las enfermas, no dejarnos llevar y alucinar por sus referencias, considerándolas siempre de menor valor y posponiéndolas al de los signos recogidos por nuestros sentidos.

Poco eficaz pudimos hacer en su tratamiento, pues murió rápidamente; pero la inoperabilidad de su proceso ordenaba que todos nuestros cuidados y esfuerzos debieran encaminarse á salvar el feto, animando aún más á creerlo posible el poco tiempo que faltaba para su viabilidad y el fin inexorable de la madre. Pues aunque el nuevo sér nace en estos casos débil y enclenque, como es obligado y natural por las condiciones maternas, reúne condiciones de vida, posibles siempre de vigorización y nunca despreciables.

La operación de elección en este caso es muy difícil determinarla por anticipado, y hubiera dependido, como hemos dicho, de las condiciones en que la enferma se hubiese encontrado al llegar el momento oportuno de ser intervenida.

En el tercer caso no observamos á la enferma durante su gestación para poder asegurar de manera terminante, categórica é indubitable, como los dos precedentes, la coincidencia del epitelioma con el embarazo; pero los síntomas que la paciente proporcionó, de gran valor y claridad, permiten creerlo así: tales son la aparición de flujo blanco durante el segundo mes del embarazo, que no sólo fué aumentando, sino que cambia progresivamente á serosanguinolento, llega hasta ser sanguíneo algún día, y acaban alternando ambos y pasando de inodoro ó mal oliente.

Lo típico del conmemorativo no deja lugar á la menor duda. No sigue, sin embargo, el epitelioma la marcha clínica que en los ante-

Digitized by Google

riores; carece de su rapidez evolutiva, de su poder de difusión, tiene marcha tórpida y, á pesar del tiempo transcurrido desde su aparición, era bastante limitado cuando le vimos, lo que por fortuna hace esperar una larga supervivencia.

Es también digno de notarse que, juzgando por la norma que marcan los autores como fruto de sus observaciones al ocuparse de este asunto, no debió interrumpirse el embarazo, y en efecto, se interrumpió.

Todos conceptúan como lo más común la terminación de los embarazos por aborto ó parto prematuro, siempre que el epitelioma en marcha invasora, rápida, pasa el cuello, empieza á invadir la cavidad, y alterando la mucosa uterina, ó las partes constituyentes del huevo, hacen completamente imposible la vida del nuevo sér; ó bien cuando la anemia y caquexia de la madre no permiten la continuación del embarazo. Pero si la neoplasia no pasa los límites del cuello, la gestación continúa hasta su término normal, que es lo que debió haber ocurrido en nuestra tercera observación.

En cuanto á la relación de prioridad entre epitelioma y gestación ó á su coincidencia, es asunto de muy difícil esclarecimiento.

Hoy admite la ciencia la posibilidad de ambos hechos; es decir, que puede un epitelioma del cuello aparecer en una mujer embarazada, aparentemente sana en el momento de la gestación; y que, por el contrario, puede una mujer afecta de epitelioma del cuello quedarse embarazada. La primera coincidencia es muy difícil de asegurar y comprobar de manera terminante y precisa; yo sólo me atrevería á admitirla cuando la neoplasia apareciera en los últimos meses del embarazo, en fecha tal que ya hubiera tenido tiempo más que sobrado de haber dado señales de su existencia algún nódulo epitelial, el primer esbozo, histológicamente hablando, de epitelioma que tuviera el cuello.

El embarazo, en general, se puede considerar para todos esos cuellos patológicos, no ya con eversión, sino verdaderamente erosionados y ulcerados, que han sufrido durante largo tiempo irritaciones, ó los que, afectos de ellas, han sido mal tratados, dando lugar á la formación de lo que se conoce con el nombre de eversiones mal cicatrizadas, que aprecia el tacto en forma de induraciones, como un pretexto ó un motivo que por la concentración de vida y actividades suscita la ocasión de incremento de elementos ya dispuestos y quizás abocados á una degeneración maligna, y la precipita y acelera; de aquí que, como decíamos, sólo si el epitelioma se presenta al final de un embarazo, cuando sus gérmenes, y permítasenos la palabra, habiendo tenido tiempo para evolucionar, no lo han hecho, se pueda admitir que la neoplasia apareció en el embarazo; en los demás casos creemos más factible un embarazo que evolucio-

Digitized by Google

na en un útero cuyo cuello tiene un epitelioma más ó menos desarrollado y del cual la marcha ha de variar por las condiciones dichas.

En nuestros casos, sólo en el primero vemos, clínicamente hablando, su aparición, pudiendo casi afirmarse que el epitelioma fué el primero, y posterior el embarazo, que aceleró su marcha; en el segundo caso no hay datos para poder juzgar de la correlación y prioridad, y en el tercero fué primero el embarazo, normal y fisiológico, con aparición durante su curso de los síntomas del epitelioma; siendo muy posible que la gestación activara los elementos epiteliales, que sin este estímulo hubieran evolucionado más lentamente, pues aun con él, fué siempre su marcha tórpida.

HISTERIA QUE PARECE MAL DE POTT

Por el Dr. D. Antonio Martínez Ángel
Del Instituto Rubio.

Cuando la osteítis vertebral tan sólo se diagnosticaba en el período cifósico, el error diagnóstico, inducido por esta forma de *mimicry* articular, vocablo felicísimo con el que los ingleses denominan las simulaciones que la histeria y otras neurosis suelen presentar de los padecimientos osteoarticulares, era muy difícil.

Hoy que el cirujano general, y con más motivo el especialista, tienen la justa pretensión de hacer el diagnóstico y de tratar las osteoartritis vertebrales antes de que lleguen á su período deformativo, si tiene la próspera ó adversa fortuna de tropezar con uno de estos casos de simulación de una enfermedad por otra, puede verse en calzas prietas y ser arrastrado á emplear un tratamiento impropio; impropiedad terapéutica, tanto más de lamentar y tanto más censurable cuanto el tratamiento debe ser completamente distinto en uno y otro caso.

Un póttico jorobado y con abscesos osifluentes abiertos ó cerrados es inconfundible con ninguna otra clase de enfermos; en cambio un póttico, sobre todo si lo es por poliespondilitis, en el cual la columna no presenta aún más que esas rigideces de espalda tan gráficas y tan típicas para quien *sabe ver* esta clase de enfermedades, pero que suelen pasar inadvertidas para quien no las busca ó *presiente* en la actitud, en el modo de estar y en la manera de andar del enfermo, puede y suele confundirse su dolencia con muchas cosas, sobre todo de las que se refieren á la patología interna y visceral.

Entre estas confusiones á que me refiero, una de ellas, é indu-

Digitized by Google

dablemente la más difícil de poner en claro, es con la histeria cuando toma la forma de *mimicry* espondilítica.

Cuantos caracteres asignan los autores á aquella dolencia, cuantos síntomas haya podido observar el lector en sus clientes afectos de la misma, otros tantos suele presentar esta polifórmica perturbación del sistema nervioso.

Dolores en cintura ó en faja, á diversas alturas del tronco, ya referidos al pecho, ya al estómago, ya al vientre; sensaciones dolorosas de varia intensidad y forma en la columna vertebral, más ó menos limitadas á un punto de ella, unas veces espontáneas, otras provocadas por la presión sobre las apófisis espinosas ó por los movimientos; incontinencias ó retenciones, bien de la orina, bien de los excrementos; parálisis con ó sin contracturas, en forma paraplégica; exaltación de los reflejos rotulianos, taquicardias, neuralgias de forma radicular, ya intercostales, ya irradiadas á los miembros; en fin, hasta la cifosis, aun cuando no en forma tan abrupta como en el mal de Pott verdadero, todo lo simula la histeria, todo puede ofrecerlo dicha enfermedad cuando se presenta en forma de *mimicry* ó *farsa* espondilítica.

Como este trabajo no tiene las pretensiones de un estudio completo y metódicamente razonado del asunto, sino de una simple nota, un sencillo recordatorio, no he de entrar en graves y largas disquisiciones sobre la materia, y únicamente diré al lector, del modo más conciso que me sea posible, en qué puntos de vista clínicos puede fijarse, á qué asideros mentales se debe agarrar para distinguir la enfermedad de Pott real y verdadera de la que es simulada, bien sea por la histeria, bien sea por cualesquiera de las otras neurosis.

Los estigmas que se tienen por más ó menos clásicos del histerismo son insuficientes para decidir si el padecimiento en cuestión es histérico ó no lo es, porque, como dice muy atinada y juiciosamente Whitman, puede darse, y se da en muchas ocasiones, la enfermedad realmente póttica en una histérica ó en un histérico. Es más: cuando dichos estigmas se descubran en un paciente supuesto de mal de Pott, más bien debemos desconfiar de ellos y procurar descartarlos por el grave error de tratamiento que representaría el tomar por simulados los caracteres de una enfermedad de tan deplorables consecuencias cuando se desatiende ó se trata de un modo irracional, como lo es la osteítis de las vértebras, sea tuberculosa ó de la especie que fuera.

Sin que en general la fotografía radiográfica tenga gran valor como medio diagnóstico en las espondilitis á no ser en casos avanzados y en períodos destructivos de las mismas, sin embargo, cuando se sospecha la simulación histérica ó neuropática deben hacerse

Digitized by Google

varias radiografías de la región espinal, y si en alguna de ellas se obtuviera la impresión de un número mayor ó menor de vértebras desdibujadas y deformes, el dato sería de un valor extraordinario para afirmar la existencia del proceso inflamatorio.

Otro de los caracteres en el que el práctico debe poner mucha atención es en el del predominio de los trastornos de sensibilidad sobre los de motilidad que en las extremidades inferiores ofrece la enfermedad póttica simulada. Asimismo deberá tener muy en cuenta el que en estos casos los fenómenos contracturales en dichas extremidades son muy precoces.

Denuncian también estos estados de simulación la exageración, la vehemencia que pudiéramos decir, de los síntomas pótticos, sobre todo de la exaltación del reflejo rotuliano, del dolor á la presión en las apófisis espinosas, hasta el punto de que el simple contacto de nuestros dedos con la piel que los cubre produce en estos enfermos vivísimos dolores. Lo mismo puede decirse en cuanto á los trastornos gástricos, respiratorios y cardíacos se refiere (la taquicardia es casi constante en esta clase de pacientes).

Y, sobre todo, el carácter que en mi concepto tiene un valor patognomónico de la simulación neuropática es el de la movilidad, no tan sólo normal, sino exagerada, de la columna.

Contrastando con la rigidez de la espalda, más ó menos extensa según el número de vértebras afectadas que constantemente ofrece el verdadero póttico, rigidez que *no desaparece*, al contrario, se exagera durante los ataques de dolor espontáneo ó provocado, en la espondilitis simulada, aunque el enfermo, temeroso al dolor, se nos presente con su espinazo rígido é inmóvil por la contractura de los músculos que á la columna vertebral se atan, en cuanto, no digo comprimimos, sino tan siquiera rozamos ligeramente las apófisis espinosas con el dedo, prodúcese una serie de movimientos rápidos y repetidos verdaderamente lumbricoídeos entre todas las vértebras, desde el occipucio hasta el sacro, lo mismo en sentido anteroposterior que laterales, tan extensos que consiguen estos enfermos neurósicos movilizar casi tanto la porción dorsal como las cervical y lumbar, movilidad que sorprende y choca, no solamente comparada con la escasa y restringida de los pótticos inflamatorios, sino con la normal y fisiológica de la columna vertebral.

Digitized by Google

UN CASO DE ACROBATISMO LINGUAL (1)

POR EL DR. A. G. TAPIA
Del Instituto Rubio.

En un artículo que el Dr. Delsaux publicó en *La Presse oto-laryngologique belge* del mes de Enero de 1905, dando cuenta de dos casos de movilidad anormal de la lengua, decía con mucho ingenio, al referir las habilidades linguales de sus historiados, que practicaban un verdadero *acrobatismo* lingual. Y como esta palabra es muy gráfica para expresar el caso que presento, y no es del todo impropia (*acros*, extremidad; *batein*, caminar), no he dudado en emplearla encabezando esta modesta nota de *clínica deportiva*.

Los dos casos publicados por el profesor de Bruselas y los otros siete con que cuenta la literatura médica son muy interesantes por lo excepcionales; pero el que yo voy á presentar á esta Academia bate el *record* y aspira al *campeonato* del acrobatismo lingual.

Un joven de veinte años, estudiante de Medicina, viene á mi consulta recomendado por el Dr. Márquez para cuidarse una rebelde forunculosis del conducto auditivo externo.

Uno de los días que le vi me dijo que tenía hipertrofiada la amígdala faríngea. Y aquí viene lo estupendo del caso: este enfermo no sólo sabía, por el tacto lingual, que tenía tal hipertrofia, sino que además afirmaba que su amígdala faringea albergaba cinco surcos, que partiendo de un agujero posterior se dirigían hacia adelante divergentes á la manera de las varillas de un abanico... ¡él lo aseguraba porque lo había tocado mil veces con la lengua!... La rinoscopia posterior me confirmó la existencia de la hipertrofia y la disposición surcada con arreglo al *tipo tumor* de Hajeck; se veía, en efecto, un agujero posterior central, orificio de la bolsa faríngea, del cual arrancaban hacia adelante un *recesus* medio y dos *recesus* laterales á cada lado del central.

Comprendiendo el enfermo que mi curiosidad era grande, apresuróse á poner en práctica sus habilidades, haciéndome presenciar una sesión en extremo interesante y original. Primero dirigía la punta de la lengua hacia el lado derecho, siguiendo el borde dentario y doblándola en sentido ántero-posterior á medida que la aproximaba al itsmo de las fauces, hasta introducirla detrás del velo. Esta maniobra, que practica con suma rapidez, hace el efecto de un reptil que se retuerce para ir á ocultarse en su madriguera. Si escondida la lengua en el *cavum* se le dice que tenga la boca abierta,

(1) Caso presentado á la Academia Médico-quirúrgica Española, el día 16 de Abril de 1906.

Digitized by Google

el aspecto de esta cavidad es en verdad anómalo: se ve el velo palatino cubrir parte de la cara inferior de la lengua y la úvula ocultar gran porción del frenillo.

Este es el primer número del programa. Veamos ahora los movimientos que ejecuta con la lengua introducida en el interior del *cavum*.

a) Obtura á voluntad una ú otra retroventana. Para demostrar esto fuma y devuelve el humo alternativamente por la fosa nasal que deja sin obstruir.

b) Introduce la lengua por las retroventanas en las fosas nasales. Para convencerme de la verdad de esta afirmación, que es á mi juicio el número sensacional de su repertorio, hice rinoscopia anterior, y como existía hipertrofia de los cornetes, embadurné la fosa nasal con adrenalina, admirable *especulum* químico que ensancha la fosa nasal y permite explorar sus más recónditos lugares. Con gran asombro vi la punta de la lengua asomar y moverse en el fondo de la fosa nasal correspondiente.

c) Averigua la forma y tamaño de su amígdala faríngea. Ya hemos dicho más arriba cómo hemos comprobado esto.

d) Analiza los detalles anatómicos del rhino-pharynx; toca el borde posterior del *septum*, la cola de los cornetes, el orificio de desembocadura de las trompas, etc., etc.

Es interesante advertir que realiza estos movimientos sin haber necesitado ejercicios educadores previos, pues desde el momento en que sintió molestias en la faringe y se le ocurrió limpiarla con la lengua, lo llevó á cabo con gran facilidad.

Después de lo expuesto, y contando con la amabilidad del historiado, invito á los señores académicos á comprobar la realización de tan singulares hechos. De este modo juzgarán, como yo, que el caso presente merece los honores de la publicidad, aun cuando sólo sea á título de curiosidad científica.

***

¿Qué circunstancias concurren en los individuos capaces de realizar el cuadro descrito anteriormente?

Yo creo que es preciso tener en cuenta, además de condiciones anatómicas especiales, ciertas condiciones fisiológicas.

Analicemos unas y otras.

I.—Condiciones anatómicas

a) Poca adherencia de la lengua al suelo de la boca por excesiva longitud del frenillo ó por ausencia de este repliegue mucoso.

b) Situación muy anterior del velo palatino.

Digitized by Google

Estas condiciones, señaladas por los autores, no explican los hechos tan excepcionales que presenta el caso de que me ocupo, pues si en él se cumple la primera circunstancia por estar el frenillo relajado, no sucede lo mismo con la segunda, puesto que la longitud del paladar es perfectamente normal y proporcionada; por tanto, la inserción del velo no está alejada de la pared posterior de la faringe.

Nuestro enfermo presentaba además:

c) Mayor longitud de la lengua que de ordinario.

d) Exagerada laxitud de la aponeurosis del velo. Esta última condición, no señalada por los autores, es á nuestro juicio el factor más importante, y conviene que sea explorada en todos los casos de esta índole, pues tal vez algunos, en los que se dice que la bóveda ósea es corta, ocurra lo que en éste, que no hay tal cortedad, sino que la aponeurosis del velo es flácida.

Todos sabemos que la aponeurosis estafilina ocupa sólo el tercio anterior del velo y se inserta por delante en el borde posterior del paladar óseo, perdiéndose insensiblemente por detrás en la capa muscular. Pues bien, esta aponeurosis, formada por fibras ántero-posteriores, continuación del periostio del paladar óseo, y de fibras transversales, reforzadas por las expansiones tendinosas de los músculos peristafilinos externos é internos, es de tanta resistencia, que da al tacto la misma sensación de dureza que el paladar óseo, hasta el punto de que en los individuos de conformación normal no se puede apreciar por el tacto dónde termina el paladar duro y comienza el blando.

En nuestro caso esta diferencia es perfectamente apreciable, porque la dureza del borde de la bóveda ósea hace notable contraste con la flacidez del velo. Y claro es que, no ofreciendo resistencia alguna el velo, las circunstancias vienen á ser las mismas que si el borde posterior del paladar óseo estuviese más alejado que de ordinario de la columna cervical, es decir, muy favorables para que una lengua larga y adiestrada penetre con facilidad en la faringe nasal.

II.—Condiciones fisiológicas

La mayoría de estos individuos—nuestro caso es un buen ejemplo—tienen una aptitud innata para dirigir, para fraccionar el movimiento muscular de su lengua. Parece como si estos sujetos tuviesen la facultad de ejecutar cada movimiento con el único músculo que le produce: creeríase que para lograr esa movilidad extraordinaria han estado sometidos á algunos de los métodos de la gimnasia sueca.

Hay otros individuos, en cambio, que, reuniendo adecuadas con-

Digitized by Google

diciones anatómicas, no llegan á realizar estas maniobras sino después de continuado ejercicio (caso 2.° de Delsaux).

Vamos á estudiar ahora el mecanismo de estos movimientos.

Primero entran en función los músculos hioglosos de los dos lados para deprimir la lengua y propulsarla en totalidad hacia atrás. Inmediatamente después, los músculos palato, faringo y estilo-glosos (los de un lado en nuestro enfermo y los de ambos lados en los que desde el primer momento doblan la lengua hacia arriba y atrás) y el lingual superior entran en contracción, doblando la lengua hacia atrás y arriba. Por último, los músculos geniglosos, que habían permanecido relajados, se contraen ahora, pero sólo con sus fibras inferiores, que, como es sabido, dirigen hacia arriba el hioides y con él la base de la lengua. Claro está que al entrar en contracción esta porción de los geniglosos se relajan los músculos hioglosos, que son sus antagonistas.

La sucesión más ó menos rápida de estas contracciones explica la penetración de la lengua en el *cavum*.

Los movimientos de lateralidad que ejecuta dentro de la faringe nasal se explican fácilmente por la contracción de los respectivos músculos insertos en sus caras laterales. En cambio el mecanismo de la introducción de la punta de la lengua en la fosa nasal, á través de su orificio posterior, es algo más difícil de ser interpretado. Puede ser realizado de dos modos diferentes, que bien podríamos llamar activo ó pasivo. La contracción intensa de las fibras inferiores de los geniglosos eleva al máximum la lengua, cuya punta tropieza con el techo del *cavum* y se dobla *pasivamente*, penetrando por el borde superior de la retroventana en la fosa respectiva. Para la penetración *activa* interviene además la contracción de las fibras superiores de los geniglosos; estas fibras, que se insertan en las apófisis geni y van á la punta de la lengua, doblan esta extremidad hacia abajo cuando la lengua está en posición normal dentro de la boca, y no podrían limitar su acción exclusivamente á la punta, para introducirla en la fosa nasal, si no se apoyase la lengua en el borde inferior del orificio posterior de la cavidad nasal; de este modo el borde óseo quiebra la contracción y sirve de punto de apoyo, traduciéndose el efecto útil exclusivamente por la propulsión de la punta de la lengua hacia adelante.

Digitized by Google

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

HIPERCLORHIDRIA É HIPERSECRECIÓN GÁSTRICAS

Por el Dr. Moreno Zancudo

Del Instituto Rubio.

Las alteraciones en la cantidad y composición química del jugo gástrico no constituyen ciertamente una novedad científica, y cuantos se dedican al estudio de las enfermedades de las vías digestivas han podido observar casos de la expresada variación que algunas veces se producen con largos intervalos, y otras en el breve espacio de tiempo de veinticuatro horas. Hemmeter ha designado este fenómeno patológico con el nombre de *heteroquilia*, y Ewald, Rosenheim y otros muchos han publicado casos de alteraciones radicales en la composición del jugo gástrico de un mismo enfermo, que unas veces se traducían por aumentos considerables en la acidez de dicha secreción, y otras por descensos que llegaban hasta la anaclorhidria y aun de *aquilia*, como los publicados por Einhorn.

Tales variaciones preséntanse casi constantemente en los neurósicos é histéricas, pero sin que pueda deducirse por este solo hecho la falta de toda lesión gástrica. Sucede algunas veces, en efecto, que en individuos neuropáticos se producen alteraciones anatómicas de las paredes del estómago; pero la influencia del sistema nervioso se sobrepone á las lesiones del ventrículo, dando origen á los cambios de que tratamos y que justifican la opinión expresada por Leyden al afirmar que «la secreción del jugo gástrico puede alterarse bajo la influencia de un estado anormal de irritabilidad del sistema nervioso».

De aquí que en los casos dudosos de anaclorhidria sea preciso recurrir á los análisis de sangre, orina y motilidad gástrica (deficiente, en general, en el cáncer del estómago), antes de afirmar la existencia de una neoplasia del ventrículo abdominal.

De igual manera que bajo la influencia del sistema nervioso se producen alteraciones profundas en la composición del jugo gástrico, determínanse también en la cantidad del mismo. Basta recordar las abundantes secreciones que provocan en las glándulas gástricas ciertos momentos psíquicos, como la vista de manjares apetitosos, el simple recuerdo de los mismos, etc., y su abolición completa bajo la influencia de las impresiones de terror, para darse cuenta de la influencia expresada. Claro está que, excepción hecha de las circuns-

Digitized by Google

tancias citadas, los alimentos ingeridos representan el elemento excitador natural de las secreciones gástricas, y á la mayor ó menor irritabilidad que motive su presencia se deberá una secreción más ó menos abundante.

Explícase así que, de igual manera que hay una hiperclorhidria exclusivamente alimenticia, pueda haber también una hipersecreción alimenticia.

Ofrece el problema de la determinación de si existe de manera positiva un estado hipersecretorio de las glándulas gástricas mayores dificultades de las que á primera vista pudieran suponerse. De igual manera que al determinar la acidez del jugo gástrico no lo hacemos realmente del *jugo puro, sino del jugo mezclado con los alimentos que constituyen la comida de prueba,* es también muy difícil precisar en la cantidad de jugo encontrada en un estómago la parte correspondiente á los elementos nutritivos ingeridos y la imputable exclusivamente á los segregados. Aun recurriendo al método de Sahli, existen multitud de circunstancias en las que este procedimiento de investigación fracasa, haciendo imposible toda deducción exacta. En las gastritis crónicas, insuficiencias motrices y cuantas alteraciones gástricas pueden producir una falta de homogeneidad en la grasa ingerida, el método de Sahli ha de resultar forzosamente deficiente. El mínimum de excitación que los elementos que constituyen la comida de prueba en dicho procedimiento (sopa de avena mezclada con una emulsión de grasa en emulsión finísima, que constituya un líquido homogéneo, del cual toma el enfermo 300 c. c.) son causa de que aparezcan, con todos los caracteres de hipoclorhídricos ó anaclorhídricos, jugos gástricos que, empleando otras comidas de prueba, resultan positivamente ácidos.

Uno de los procesos que con mayor frecuencia simulan la hipersecreción es la *dispepsia nerviosa*. Verdadero Proteo de las alteraciones gástricas, aparecen en ella combinados los síntomas de las gastropatías más diversas, y el esclarecimiento del diagnóstico se hace en muchas ocasiones dificilísimo. El aspecto macroscópico del contenido gástrico, que se divide por el reposo en dos capas, de las cuales la superior contiene las secreciones acuosas del estómago, y la inferior los elementos constitutivos de la comida de prueba, ofrece análogo carácter en la dispepsia nerviosa cuando ésta se combina con la atonía, lo que ocurre con gran frecuencia. Otro tanto acontece con los datos suministrados por la amilolisis, puesto que existen casos indubitables de hipersecreción en los que la solución de Lugol no permite descubrir trastorno alguno en la digestión de los amiláceos. Sólo después de repetidas observaciones, y cuando estemos plenamente convencidos de la falta de alteraciones anatomo-patológicas que caracterizan la dispepsia nerviosa, podemos es-

Digitized by Google

tablecer un diagnóstico seguro, á cuya confirmación ha de contribuir de manera decisiva el estudio del estado general del enfermo, que nos permita descubrir la coexistencia de los trastornos funcionales del aparato digestivo con otras alteraciones nerviosas. El conocimiento de la manera como se realiza el trabajo secretorio del estómago es indispensable no sólo en estos casos, sino también en la mayoría de las enfermedades del tractus gastro-intestinal.

En el estado normal, el estómago en ayunas no contiene más que pequeñísimas cantidades de líquidos, y frecuentemente es imposible hallar elemento ninguno. En la hipersecreción encuéntranse en tales circunstancias cantidades más ó menos grandes de secreciones gástricas, cuya reacción aparece muy variable, según los individuos portadores del estado hipersecretorio. Constituye este hecho signo de capital diferenciación entre esta forma hipersecretoria y la puramente alimenticia, en la que el aumento de líquido segregado sólo se produce bajo la influencia de la ingestión de elementos nutritivos. En esta última forma es donde el método de Sahli proporciona elementos positivos para el esclarecimiento del diagnóstico.

Ni por las molestias aquejadas por el enfermo, ni por los medios usuales de exploración, es posible deducir la existencia de la sobreactividad glandular que caracteriza la hipersecreción. Sólo el recogido del contenido gástrico puede suministrarnos elementos de diagnóstico.

Ofreciendo grandes semejanzas el proceso que estudiamos con la *Hiperaciditas larvata* de Strauss y Schuler (es decir, con la hiperacidez que no se revela por ninguna de las molestias que caracterizan la hiperacidez franca), estudiaremos los síntomas capitales asignados por dichos autores al referido proceso.

1.° Formación de la amidulina.
2.° Aumento en la cantidad del jugo gástrico.
3.° Descenso del peso específico del mismo.
4.° Descenso del punto de congelación.

Respecto del primero, conviene tener muy en cuenta que la comida de prueba empleada tiene valor decisivo en la aparición de la coloración azulada que por la adición de las soluciones iodadas toma el jugo gástrico, y que indica la descomposición de los amiláceos. Muy ostensible ésta después de las comidas de Riegel y Ewald y Boas, por ejemplo, es pequeña, y á veces completamente nula, cuando se utiliza la de Sahli, porque, deglutiéndose ésta con gran rapidez, la acción de la saliva no tiene lugar de ejercerse, y además porque, rodeando la grasa las partículas de almidón, no puede llegar hasta ellas, ó llega al menos con dificultad, la diastasa salival.

El aumento en la cantidad del jugo gástrico es seguramente el

Digitized by Google

dato de mayor importancia. En los casos de aparición de cantidades más ó menos grandes en el estómago en ayunas, su presencia no puede ofrecer dudas acerca de si existe ó no una hipersecreción gástrica; pero el problema no deja de ofrecer dificultades cuando se trata de una hipersecreción alimenticia. Precisa entonces separar en el recogido la cantidad correspondiente á las sustancias ingeridas y á las segregadas por el aparato glandular del estómago. También aquí tiene la naturaleza de los elementos constitutivos de la comida influencia decisiva, pues mientras los de la comida de Sahli, por la moderada excitación que producen las grasas y el descenso que éstas provocan en las secreciones gástricas, hacen bajar al mínimum la cantidad del contenido gástrico, la comida de Ewald y Boas ofrece sobre aquélla un aumento considerable, que llega á su máximum con la de Riegel (pan, caldo y carne). Así vemos que mientras en la primera llega la cifra de dicha cantidad de 110 á 113 c. c., en la segunda aumenta de 130 á 180 y aun á 200, según las observaciones de Zweig, y en la de Riegel de 250 á 300.

No es este lugar oportuno para indicar el método que exige cada caso para separar el líquido segregado de las sustancias ingeridas, debiendo limitarme á recomendar como más fácil el de Sahli, prescindiendo de los casos de anacidez ó hipoacidez, en que resulta poco demostrativo, debiendo entonces recurrirse á las comidas de Ewald y Boas.

En cambio, para establecer un diagnóstico diferencial entre la atonía y la hipersecreción alimenticia, el procedimiento de Sahli ofrece grandes ventajas. Salvo raras excepciones, para determinar la cifra total del contenido gástrico, debe utilizarse el método de Mathieu y Remond, que puede considerarse como verdaderamente clásico.

El peso específico de dicho contenido, que en el estado normal oscila entre 1.018 y 1.025, desciende en los casos de hipersecreción de 1.012 á 1.014, habiendo yo tenido ocasión de observar recientemente uno en que sólo alcanzaba la de 1.009. Bien es verdad que la cantidad recogida después de la comida de Ewald se elevaba á la cifra de 325 c. c., y que se trataba de un jugo fuertemente hiperácido, en los cuales la densidad está habitualmente descendida. Pero como caso verdaderamente extraño en este sentido puede figurar el de un enfermo á quien trato actualmente, el Sr. La Moneda, de Baena, en quien la densidad no pasa de 1.003, y el líquido recogido acusa una acidez total de 36, y la cantidad de ácido clorhídrico no llega al 1 por 1.000, y teniendo en cuenta además que la comida de prueba utilizada fué la de Riegel. En ayunas no se obtuvo líquido alguno.

El peso específico del contenido gástrico es de importancia re-

Digitized by Google

lativa; pero debe utilizarse siempre por su brevedad y fácil ejecución y como medio de orientación en ulteriores investigaciones.

El punto de congelación, es decir, la concentración molecular, aparece también en descenso en los estados hipersecretorios, siendo preciso tener en cuenta las infinitas causas que pueden actuar sobre el contenido gástrico, modificando la concentración molecular del mismo. Ya he citado las observaciones de Carnot y Chossenave, que han demostrado el aumento en el grado de concentración de las soluciones hipotónicas contenidas en el estómago. Explícanse tales cambios por las alteraciones químicas que sufren los líquidos durante su permanencia en el ventrículo abdominal, resultantes unas veces de los procesos de fermentaciones normales ó anormales, y otras de la determinada por la llegada á la cavidad gástrica de sustancias extrañas y especialmente de la sangre (1), en los casos de hemorragias, bastando recordar que las sustancias coloides que contiene la parte líquida del medio interno ejercen una acción precipitante en las secreciones gástricas para deducir hasta qué punto pueden influir en el grado de concentración molecular de las mismas. El asunto está actualmente *sub judice*, sin que todavía hayan podido deducirse datos de verdadera importancia para la clínica, objeto primordial de este trabajo. Mis observaciones personales sólo me han permitido deducir que la concentración molecular de los líquidos gástricos es muy variable, y que en las alteraciones que en ellos se producen ejercen gran influencia los alimentos ingeridos y la permanencia prolongada de los mismos en el estómago.

La reacción del contenido gástrico en los casos de hipersecreción continua ó alimenticia (siquiera en la primera sea la hiperacidez la ley), hallándose supeditada, como es lógico suponer, á las causas productoras del proceso hipersecretorio. Ácida en los casos de gastritis hiperclórica, subácida ó anácida en los de gastritis crónica é infiltraciones neoplásicas de las paredes del estómago, las reacciones del líquido segregado en tales circunstancias son, repito, muy variables, pero su presencia impone siempre grandes reservas en el pronóstico, aun en los casos aparentemente más benignos. En-

---

(1) Las investigaciones de Iscovesco han demostrado que la parte líquida de la sangre contiene colloides que forman con los coloides positivos del jugo gástrico compuestos rápidamente precipitables en un medio no dializado, y además que la sangre normal contiene *precipitina* del jugo gástrico.

El suero sanguíneo paraliza la acción digestiva del jugo gástrico, merced á las globulinas negativas que contiene. Parecidas influencias ejercen otros elementos orgánicos, como la pulpa de mucosa intestinal en inyecciones, sin que se hayan utilizado, al menos que yo sepa, dichas sustancias con fines terapéuticos en los tratamientos de la hipersecreción, á pesar de que los experimentos practicados por France demuestran que tales infecciones tienen la propiedad de disminuir y aun anular las secreciones del aparato glandular del estómago.

Digitized by Google

tre la hipersecreción alimenticia y la continua (enfermedad de Reichmann) parecen existir, y existen de hecho, enormes diferencias anatomo-patológicas análogas á las que se observan entre la hiperclorhidria que pudiéramos llamar permanente, aunque ésta sea siempre por hipersecreción, y la que se produce bajo la influencia de la excitación provocada por los alimentos ingeridos. Sin embargo, he tenido ocasión de observar muchos casos en que la hiperclorhidria, que empezó por ser puramente alimenticia, adopta el carácter de continua, y de igual manera la hipersecreción, que en los comienzos de la enfermedad sólo se producía después de las comidas, acaba por hacerse permanente; si se tiene en cuenta el mecanismo de las secreciones glandulares del estómago, así ácidas como alcalinas y mucosas, y la manera como influyen en este proceso secretorio los diferentes agentes excitadores, así endógenos como exógenos, del órgano, se comprende perfectamente que la inobservancia de los enfermos en las prescripciones dietéticas, los tratamientos mal dirigidos, la persistencia de los procesos morbosos productores de la hiperexcitación gástrica, y otros factores cuya enumeración sería muy larga, puedan operar dicha evolución. En los mismos ataques agudos, ó mejor dicho, subagudos, de hiperclorhidria, he tenido ocasión de observar repetidas veces que en sus comienzos obedecen á la ingestión de cantidades más ó menos grandes de leche y de alcalinos, solos ó asociados á la belladona, el opio, la dionina ó cualquier otro agente calmante, y después de algunos días de iniciarse el proceso el dolor, la acidez y los demás síntomas que caracterizan el ataque, acaban por hacerse continuos y rebeldes á los remedios empleados. La introducción del tubo gástrico en este último caso permite recoger siempre que se utiliza cantidades más ó menos abundantes de jugos ácidos, estando unas veces determinada la acidez por el ácido clorhídrico y otra por los ácidos orgánicos, indicio evidente de que la hiperacidez va acompañada de hipersecreción.

Si la reacción del contenido gástrico influye poco ó nada en la evacuación del estómago, pudiendo sólo notarse que éste expulsa más fácilmente su contenido en los casos de subacidez que en los de elevada reacción ácida, en cambio la insuficiencia motriz puede actuar de un modo decisivo en la cantidad del contenido gástrico. El retardo motriz impide la evacuación del estómago en el espacio de tiempo normal y conduce necesariamente á la estancación de los alimentos, que actuando de una manera prolongada sobre las paredes del estómago excitan las secreciones del mismo, dando dicha permanencia lugar á descomposiciones alimenticias y á la aparición de productos irritantes originados por las fermentaciones anormales, que no tendrían lugar en un estómago vacío.

Digitized by Google

Desde el punto de vista del diagnóstico, como del pronóstico y tratamiento, importa mucho diferenciar los casos de insuficiencia motriz del estómago, absoluta ó relativa, de los de retención por estenosis pilórica. Como en uno y otro caso el estómago se desembaraza lentamente de su contenido, la introducción de la sonda y la obtención de cantidades mayores ó menores de líquidos tiene lugar frecuentemente y se hace preciso apelar á otros medios de exploración para esclarecer el diagnóstico.

En los casos de motilidad normal, y cuando la hipersecreción no se combina con otras desviaciones del funcionamiento fisiológico del estómago, puede evidenciarse la anomalía hipersecretoria por la mayor cantidad de contenido gástrico recogido y la mayor acidez del mismo en relación con la cantidad de líquido extraído. Ocurre alguna vez que la cantidad obtenida por la aspiración es pequeña y excesivamente ácida por HCl, circunstancia que indica un aumento de fuerza motriz y la falta de mezcla de los alimentos constitutivos de la comida de prueba con las secreciones mucosas y alcalinas del estómago. En tales casos no se trata, pues, de hiperclorhidrias verdaderas ni de disminución de secreciones, sino de una hipermotricidad que impide se realice normalmente el proceso digestivo estomacal. Aparte de los síntomas apuntados, los trastornos intestinales, que rara vez faltan en estos casos, confirman el diagnóstico.

Lo contrario ocurre en los casos de disminución en la fuerza motriz del estómago. La prolongada permanencia de los alimentos en la cavidad gástrica hace que éstos se mezclen con mayor cantidad de moco y productos alcalinos, lo que motiva necesariamente que la cantidad de líquido recogida sea mayor, y esté disminuída en cambio la acidez, á no ser que la producción de ácidos orgánicos aumente la acidez total del contenido gástrico; pero siempre se encontrará un descenso bastante pronunciado en la acidez clorhídrica.

La estenosis pilórica produce, de igual manera que la insuficiencia motriz, la estancación alimenticia, y los fenómenos secundarios consecutivos á dicho éxtasis son idénticos en ambos casos. La diferencia estriba en que en la miastenia gástrica la evacuación es muy lenta, pero llega á efectuarse, en tanto que en la estenosis pilórica, sobre todo si es completa ó muy pronunciada la introducción de la sonda, permite siempre recoger restos alimenticios, que flotan en un líquido más ó menos ácido y casi siempre de un olor fétido. Las estenosis pilóricas orgánicas (neoplásicas, hiperplásicas ó cicatriciales) conducen indefectiblemente á la gastroectasia, y aunque la acción mecánica de los alimentos largo tiempo retenidos y la excesiva producción de gases consecutivos á las fermentaciones anormales (especialmente el hidrógeno sulfurado y el gas de los pantanos) pueden en la insuficiencia motriz conducir á la dilatación, esto tiene

Digitized by Google

lugar con mayor lentitud, y á un práctico experimentado bastan en la mayoría de los casos la historia de la enfermedad y las primeras observaciones para estatuir un diagnóstico exacto. En la gastroptosis, cuando la ectopia visceral es muy acentuada, la progresión de los alimentos se dificulta á veces de un modo insuperable; el estómago acaba por perder la energía contráctil verdaderamente enorme que la viciosa posición del ventrículo abdominal exige para exonerar su contenido. Las consecuencias del éxtasis alimenticio son en este caso análogas á las que arriba hemos señalado, sumándose aquí los fenómenos nerviosos, que son cortejo obligado de las esplanoptosis abdominales. La observación minuciosa basta en la mayoría de los casos para establecer un diagnóstico diferenciable; en los dudosos debe recurrirse á medios menos usuales para lograr este objeto, tales como la palpación de la sonda á través de las paredes abdominales, la aplicación de los rayos Roentgen después de llevar al estómago una sonda provista de un mandril metálico ó una solución de bismuto, y la insuflación con aire del estómago, simple ó combinada con la intestinal.

En los procesos citados puede variar la reacción del contenido gástrico, pero el aumento en la cantidad, es decir, la hipersecreción, falta rarísima vez. Respecto de las hipersecreciones continuas, las opiniones están muy divididas. Mientras que Robin considera el espasmo pilórico como causa fundamental de la gastroectasia y la hipersecreción continua, Hayem cree posible la falta de dicho fenómeno y la existencia de la secreción continua del estómago. Por mi parte estoy bien seguro de haber observado casos de hipersecreción continua, sin que existiera nada que permitiera suponer la existencia de dicho espasmo. En dos casos operados de gastro-enterostomía por el Dr. Cervera, y en los que, cualquiera que fuera la hora en que se introducía la sonda, se recogían siempre cantidades mayores ó menores de líquido, el píloro estaba completamente permeable y sano. Cuanto á la designación de *ateleautopepsia*, con que Hayem quiere designar la secreción continua del estómago, aun después de los lavados, no creo que sirva para otra cosa que para agregar un nombre más al larguísimo catálogo de que hoy hace gala la patología del aparato digestivo.

El aumento en las secreciones gástricas, así ácidas como mucosas y alcalinas, puede tener lugar lo mismo cuando existe un aumento que un descenso en la fuerza motriz del estómago; pero unas veces se combinan con elevaciones en la cifra de ácido clorhídrico, y constituyen entonces los casos de hiperclorhidria, y otras veces la acidez aparece disminuída, constituyendo la simple hipersecreción. Si es más frecuente esta última cuando existe una miastenia gástrica, débese, más que al proceso mismo, á que la estan-

Digitized by Google

cación de los alimentos permite que la acción excitadora de éstos se prolongue durante mayor espacio de tiempo y á que el desenvolvimiento de fermentaciones anormales dé origen á la producción de elementos que irritan la mucosa gástrica y hacen que el aparato glandular de la misma siga funcionando más tiempo que en el estado normal.

Lo mismo en la hiperclorhidria que en la hipersecreción la naturaleza de los alimentos ingeridos influye considerablemente. Así como determinados alimentos provocan en algunos enfermos un aumento positivo en la cantidad de ácido clorhídrico segregado, de igual manera se produce en otros por análogos motivos un aumento en las secreciones totales del estómago. En la actualidad asisto á un enfermo hiperclorhídrico y débilmente hipersecretorio, en quien la ingestión de los huevos en cualquier forma y los pescados provocan un aumento considerable en la secreción gástrica. Análogos casos he tenido ocasión de observar repetidas veces, y aunque son en realidad conocidos de todos los prácticos, me ha parecido conveniente llamar la atención respecto de este asunto, toda vez que para el diagnóstico de la hipersecreción alimenticia me parece de capital importancia, puesto que evidencia la posibilidad de producirse ó faltar en determinadas circunstancias. Lo mismo acontece, aunqué en mayor grado, con los medicamentos, y especialmente con el tabaco, siempre perjudicial, porque la acción paralizante que provoca en el vago se traduce en un descenso en la fuerza motriz del estómago; pero más nocivo en ayunas, porque el estómago vacío no tiene elementos con que neutralizar la acción irritante que ejerce la saliva deglutida é impregnada de jugo de tabaco.

No me parece este lugar oportuno de abordar el estudio de las sustancias que tienen la propiedad de aumentar las secreciones ácidas del estómago, pero considero conveniente consignar que el nitrato de plata goza en alto grado de esta propiedad, según han demostrado recientes trabajos experimentales que he visto confirmados en la Clínica. La popularidad de este medicamento en el tratamiento de la úlcera gástrica, y las relaciones del proceso necrobiótico con la hiperclorhidria, me hacen llamar la atención hacia este punto, siquiera no haga otra cosa que consignar el hecho.

Indica todo esto la necesidad de investigar en cada caso las condiciones en que se producen las hiperclorhidrias é hipersecreciones; su carácter permanente ó paroxístico; la casuística que ha presidido su génesis; la manera como han evolucionado; los motivos físicos ó psicológicos que determinan la aparición de los ataques ó la agravación de los mismos, y otra multitud de circunstancias que fuera largo enumerar, pero que el médico tiene precisión de inquirir para darse cuenta de la modalidad clínica que se ofrece á su consideración.

Digitized by Google

El estudio de las conexiones que los procesos gástricos que estudiamos tienen con otros que se desenvuelven en el estómago, unas veces como consecuencias ó complicaciones de ellos, tales como la excoriación y ulceración de la mucosa, la atonía, etc., y otras como procesos concomitantes, y muchas veces productores de la alteración secretoria, tales como el espasmo pilórico, la gastritis, etcétera, no pueden ser estudiados en este sitio, toda vez que cualquiera de los procesos citados exige, por su parte, una amplitud tan grande ó mayor que la hiperclorhidria y la hipersecreción.

Se hace muy difícil precisar en cada caso de hiperclorhidria las ulteriores consecuencias que pueden seguirle. Ataques que empiezan con violencia extraordinaria ceden rápidamente para no volver á presentarse, y otros de poca intensidad persisten resistiéndose á todos los remedios. La ley general es, sin embargo, que en los primeros períodos los ataques sean poco intensos y de breve duración y los lapsos de tiempo de silencio muy largos, y, á medida que avanza el proceso, los períodos de bienestar son más breves y los accesos más intensos y pertinaces. Las transgresiones dietéticas, el trabajo excesivo, las influencias atmosféricas y otras causas explican á veces la reaparición de la hiperacidez gástrica; pero otras los motivos determinantes del ataque pasan completamente inadvertidos. Otro tanto ocurre con la hipersecreción; y es que en uno y otro proceso, por encima de los estados neuropáticos, de las alteraciones anatomo-patológicas de la mucosa gástrica, etc., actúan sobre la función digestiva y, por tanto, sobre sus alteraciones patológicas, infinitas circunstancias cuya importancia no siempre nos es dable conocer ni medir.

Bajo cualquier aspecto que se miren ambos procesos, resultan en la mayoría de los casos sintomáticos de estados morbosos locales ó generales de muy diversa naturaleza, que evolucionan unos dentro del estómago y otros fuera del tractus gastro-intestinal. Se comprende bien que es preciso subordinar el tratamiento al elemento causal que provoca la aparición de los excesos en la acidez y la hipersecreción; mas de cualquier modo, la importancia de ambos trastornos exige en todas ocasiones un tratamiento especial, siquiera sea sintomático, único de que podemos ocuparnos.

Nada más debatido recientemente que la dieta que conviene á los hiperclorhídricos, pues unos se declaran partidarios de la alimentación láctea, otros de la carne, y varios consideran las grasas como la alimentación más apropiada. Algunos especialistas, como Schüle, opinan que la intensidad de la secreción ácida del estómago es independiente de la calidad de los *ingesta*. En mi sentir, es imposible trazar una norma fundada en principios teóricos para establecer las dietas á que deben someterse estos enfermos, y solamen-

Digitized by Google

te después de tanteos, que es preciso hacer siempre con prudencia, se puede llegar á la institución de un régimen dietético apropiado. Quizás ningún otro orden de enfermos justifique tanto como éstos la frase de Richet: «Nul organe est si fantasque dans sa fonction que l'estomac». Por mi parte, á pesar de que las observaciones de Ewald, Boas, Strauss, Aldor, Backman y otros demuestran que la ingestión de grasas disminuye la acidez del jugo gástrico, y ser realmente éste un hecho experimentalmente comprobado, he visto pocos enfermos que puedan tolerar esta dieta durante algún tiempo; en cambio, si bien hay algunos enfermos que llevan muy mal la dieta láctea, ésta es la que he visto mejor soportada por la mayor parte de los hiperclorhídricos. No creo, sin embargo, que á semejante dieta deba recurrirse sino en los casos verdaderamente graves; porque es indudable que el cansancio que produce la leche á los enfermos trae aparejados en pos de sí fenómenos de desnutrición consecutiva á la escasa cantidad de materias nutricias ingeridas. Respecto de los medios preconizados para su mejor tolerancia, alcalinos, agua de cal, pegnina (que es realmente la más eficaz) y otros, al enfermo que rechaza ó repugna la leche se hace imposible someterle á su exclusivo uso mucho tiempo.

En principio puede asegurarse que la alimentación que mejor soportan los hiperclorhídricos en España es la alimentación mixta, compuesta de leche, huevos muy crudos, pescados bien hervidos y carnes blandas y de animales jóvenes. Respecto de estas últimas es indudable también que las reacciones sobre el aparato digestivo determinadas por las carnes muy cocidas son infinitamente menores que las que producen las que lo están poco. Así, pues, esta clase de alimentos debe ofrecerse á los hiperclorhídricos en confecciones culinarias en que las carnes hayan sufrido durante mucho tiempo la influencia de la cocción ó del asado y divididas en trozos muy pequeños.

Más variable aún que la *calidad* es la *cantidad* que de materiales alimenticios necesita cada enfermo. El alivio que la mayor parte experimentan después de ingerir algún alimento les incita á tomar éstos con inusitada frecuencia (cada dos ó tres horas, y aun menos); otros, principalmente los que sufren erosiones ó ulceraciones de la mucosa gástrica, se abstienen de comer, ante el temor de aumentar sus molestias; y otros, por último, en quienes la hiperclorhidria va acompañada de anorexia, sufren un verdadero martirio cada vez que se les obliga á comer. Es evidente, pues, que en cada caso las condiciones del individuo y las que acompañan á la hiperclorhidria servirán de norma al práctico para formular la tara alimenticia.

Inútil me parece añadir que los excitantes de todo género deben excluirse en las dietas de los hiperclorhídricos.

Digitized by Google

Son sobrado conocidos los medios utilizados en el tratamiento de la hiperclorhidria. Dirígense unos á calmar la hiperestesia gástrica, y otros á neutralizar la excesiva acidez del jugo gástrico. Más que ocioso, me parece ridículo consignar fórmulas de todos conocidas y que pueden variarse hasta el infinito. Unicamente diré cuatro palabras acerca del bicarbonato de sodio, considerado por unos como específico de la hiperacidez gástrica y por otros como remedio peligroso, capaz de producir graves alteraciones en el estómago y en todo el organismo.

Tan infundadas me parecen las alabanzas como los dicterios de que ha sido objeto tan popular remedio. Las observaciones experimentales de N. Reichmann han demostrado que la acción del bicarbonato se limita á su poder neutralizante sobre los líquidos ácidos contenidos en el estómago, pero sin que ejerza influencia marcada sobre las secreciones gástricas, ni sobre las causas productoras de la alteración local ó general que motiva las desviaciones de las mismas. Es, pues, el bicarbonato un remedio sintomático, pero de tan positiva eficacia y de tan rápidos efectos, que no es extraño éntre en la composición de la mayoría de los específicos y fórmulas antiácidas, y que los enfermos acudan á él para proporcionarse algún alivio en las molestias, insufribles á veces, que provoca la hiperacidez.

Desde las primeras investigaciones experimentales de Claudio Bernard, de las que parecía deducirse que las dosis pequeñas de bicarbonato de sodio aumentan las secreciones gástricas y las grandes neutralizan dichas secreciones, las de Leube, para quien el bicarbonato no sólo da origen á la citada neutralización, sino que excita las secreciones de la mucosa estomacal, habiendo deducido estas conclusiones de los experimentos practicados en un perro que tenía una fístula gástrica, tales afirmaciones han sido confirmadas por unos y rechazadas por otros, sin que exista quizá un solo gastrópata que no haya abordado más ó menos directamente este asunto. En realidad, los experimentos de N. Reichmann ofrecen todo género de garantías, y sus deducciones están de perfecto acuerdo con la clínica; no hay práctico que haya dejado de observar los efectos neutralizadores de las secreciones ácidas del estómago, ni tampoco que, cumplida esta acción, el proceso sigue su marcha evolutiva, exigiendo después de cada comida nuevas dosis de la citada droga.

Se hace muy difícil precisar en los fenómenos de sedación obtenidos con el bicarbonato la parte que corresponde á la neutralización de los ácidos y la imputable al ácido carbónico resultante de la descomposición de aquél. De los experimentos practicados muchas veces por mí con aguas bicarbonatadas, aguas potables saturadas de ácido carbónico y bicarbonato en polvo, he podido deducir que la acción de este último es la más breve é intensa; que los efectos de

Digitized by Google

las aguas carbónicas son poco marcados, y en muchos casos completamente nulos; y respecto de las primeras, que se necesitan grandes cantidades de líquido para obtener un alivio inmediato y positivo.

Respecto del empleo de otras sustancias de acción análoga ó parecida al bicarbonato de sodio, me limitaré á consignar como síntesis que la combinación de los carbonatos alcalinos con las sales alcalino-térreas me parece el mejor medio de contrarrestar las molestias producidas por la hiperacidez. Escasas ventajas me ha reportado el uso aislado de la atropina, y en cambio, en más de un caso he obtenido alivios muy marcados con la duboisina, la dionina, cocaína y otros calmantes.

No quiero, sin embargo, pasar en silencio un caso que tuve ocasión de observar hace algún tiempo, y que recayó en un joven de veinticuatro años de edad, oficial de infantería, y con todos los estigmas de un neurasténico en alto grado. Hecho el recogido del jugo gástrico, acusó una cifra de HCl. libre de 3 por 1.000. En ayunas se pudieron obtener pequeñas cantidades de un líquido marcadamente ácido por el ácido clorhídrico. Es decir, que se trataba de una hiperclorhidria con hipersecreción de origen neuropático.

Le dispuse, como tratamiento farmacológico, una mezcla á partes iguales de 20 gramos de fosfato de cal, bicarbonato de sosa y magnesia calcinada, á los que adicioné 15 centigramos de extracto de belladona. Una equivocación del farmacéutico hizo que en vez de 15 centigramos se adicionaran 15 gramos de dicho extracto. Tomó de estos polvos una cucharada pequeña, que repitió á las dos horas: el alarmante cuadro que se desenvolvió hizo que fuera llamado para verle; pero hallándome ausente de la población, no pude hacerlo hasta tres horas después de haber tomado la segunda dosis, encontrándome con un caso de atropismo violentísimo, hasta el punto de poner en grave peligro la vida del paciente. Con un tratamiento apropiado pudimos salir de aquella situación; pero el enfermo, en los cinco días que siguieron á su envenenamiento, no volvió á sufrir ninguna de las molestias propias de la hiperclorhidria, ni tampoco pudo obtenerse cantidad alguna de jugo gástrico hiperácido; de igual manera la secreción urinaria era escasísima. Cito este caso á título de curiosidad, y porque evidencia la acción de la belladona sobre las secreciones gástricas y las del resto del organismo; pero á nadie se le ocurrirá seguramente tratar un hiperclorhídrico exponiéndole á un peligro tan grave como supone el de la administración del citado medicamento á dosis tan elevadas. Creí entonces, y sigo creyendo aún, que, por fortuna para el enfermo, el extracto de belladona dejaba, en cuanto á pureza, bastante que desear; de no ser así, es difícil que hubiera podido resistir dosis tan enormes de dicho extracto.

Digitized by Google

Muy á pesar mío, me es imposible tratar con toda la extensión que merece asunto de tanto interés, y tan debatido actualmente, como el tratamiento de la hiperclorhidria por las aguas minerales. Concretando lo que en mis largos años de práctica termal he podido observar, puedo condensar mi criterio en las conclusiones siguientes: Las aguas oligo-metálicas no ejercen influencia alguna, como no sea la puramente mecánica de dilución de la hiperacidez; solamente cuando son templadas y se emplean en baño general modifican las hiperclorhidrias de origen neuropático, pero casi siempre de una manera temporal. Se trata, pues, de un fenómeno puramente de sedación general, á que en modo alguno puede ser extraño, además de la balneación, el cambio en las condiciones de vida del enfermo; no ejercen, pues, un efecto directo, sino reflejo, sobre las secreciones del estómago.

La modificación directa del jugo gástrico incumbe casi por completo á las aguas alcalinas, que neutralizan de una manera inmediata la excesiva acidez de dicho jugo y modifican la hiperestesia de la mucosa por la acción sedante del ácido carbónico libre que contienen todas ellas, y del que se produce al descomponerse los bicarbonatos. Sabido es que también las aguas salinas producen efectos análogos, desde que los estudios de Herzen y otros autores demostraron la influencia de los cloruros y sulfatos sobre las secreciones del estómago.

Es un hecho experimentalmente comprobado la propiedad que tienen los sulfatos y cloruros de disminuir, cuando se emplean en grandes dosis, las secreciones ácidas del estómago. A semejante efecto me parece que no ha de ser extraña la gran hipersecreción que determinan en el tractus intestinal, produciéndose, por tanto, un efecto de compensación parecido al que es propio de los sudoríficos, que cuando, como el jaborandi, tienen una acción muy acentuada, producen también disminución en la cifra del ácido clorhídrico del jugo gástrico.

Cualquiera que sea el mecanismo de acción de los bicarbonatos y los cloruros y sulfatos, y el de las aguas mineralizadas por dichas sales, y la importancia terapéutica que quiera concedérseles, no hay médico alguno que no haya escuchado en más de una ocasión las quejas de los enfermos, lamentándose de que tales remedios que calmaban sus molestias en los comienzos de la enfermedad habían terminado por ser completamente ineficaces, y que aguas alcalinas que les habían probado muy bien el primero ó los primeros años, no les reportaban después beneficio alguno. Semejantes reproches no son imputables al remedio, sino á la evolución progresiva de la enfermedad, en la que, repito, tales drogas y aguas representan sólo un factor que debe ir acompañado, cosa que no siempre ocurre, de

Digitized by Google

otros muchos y muy variables, según los casos, para obtener la curación, ó cuando menos alivios más decisivos y permanentes.

No quiero dejar pasar esta ocasión sin protestar de la idea tan errónea como vulgar de la caquexia alcalina. Ciertamente, ni las aguas alcalinas ni los preparados farmacológicos curan la hiperacidez, y el hiperclorhídrico se ve forzado en la mayoría de los casos á prolongar su uso largos años, aumentando paulatinamente las dosis que necesita para neutralizar la hiperacidez, y haciéndose más marcada cada vez su desnutrición; pero esto no depende en modo alguno del remedio, y sí de las condiciones de la enfermedad, recidivante por excelencia, y de las infinitas transgresiones que cometen los enfermos, comprendiendo entre éstas no sólo las de orden dietético, sino otras puramente psíquicas.

Volviendo á la pretendida caquexia alcalina, puedo decir que son rarísimos los casos que de ella he podido observar, lo mismo después del uso prolongado del bicarbonato, que de las aguas minerales alcalinas, bastando calcular la cantidad de bicarbonatos que contienen las más mineralizadas, para deducir el gran número de litros que diariamente tendría que absorber el enfermo para que se produjesen los fenómenos de discrasia que caracterizan la caquexia. En cuanto al bicarbonato, solo ó asociado á otras sustancias, todos estamos cansados de ver centenares de enfermos que lo toman durante muchos años, sin que les haya producido fenómeno alguno que autorice á considerarlos como caquécticos.

Una indicación puramente causal cumplen las aguas ferruginosas en el tratamiento de las hiperclorhidrias debidas á las clorosis y anemias, siendo preciso desechar la falsa idea de que los ferruginosos son siempre mal soportados por los enfermos gástricos. La práctica enseña hasta qué punto las aguas de esta clase, y sobre todo las que además del hierro contienen arsénico, reportan considerables beneficios á los enfermos que padecen este género de hiperclorhidrias.

La dosificación de las aguas alcalinas no puede en manera alguna ser indiferente; y los médicos encargados de la dirección de estas estaciones termales deben cuidarse mucho de la corrección de los abusos que constantemente cometen los enfermos ingiriendo cantidades enormes de agua, cuyos perniciosos efectos no se traducen precisamente por el estado caquéctico, sino por distensiones violentas del estómago, á consecuencia de la ingestión de gran cantidad de líquidos que además son muy ricos en ácido carbónico, pudiendo de una manera mecánica precipitarse los fenómenos de miastenia y dilatación, que con mucha frecuencia se producen en las hiperclorhidrias graves, y que es necesario evitar á todo trance.

Los procedimientos hidroterápicos es preciso ponerlos en rela-

Digitized by Google

ción con el proceso que determina la hiperclorhidria. Las duchas calientes y escocesas en los reumáticos, los cuales arrojan un gran contingente á la hiperclorhidria; los baños generales templados y de larga duración en los histéricos y neuróticos; las duchas y baños fríos de corta duración en los anémicos, constituyen el fundamento de las aplicaciones hidriáticas, así en éstas como en las demás gastropatías. Las aplicaciones locales frías ó calientes satisfacen precisas indicaciones no sólo para calmar las hiperestesias que acompañan frecuentemente á la hiperclorhidria, sino también como medio de activar la función motriz gastrointestinal, facilitando la expulsión de gases y la evacuación del contenido gástrico en el intestino. Cuanto al lavado del estómago, su acción es sobrado conocida para que me crea en la necesidad de hacer otra cosa que mencionarlo, debiendo recordar, sin embargo, que la indicación fundamental de este recurso terapéutico no lo suministra la hiperclorhidria, sino la hipersecreción continua y aun la alimenticia cuando la producción de jugos gástricos es excesiva, las gastritis crónicas acompañadas de grandes secreciones de moco, y las gastroectasias, especialmente las de origen parésico. Cuanto á las motivadas por estenosis pilóricas malignas ó benignas, el lavado del estómago sólo puede llenar la indicación sintomática de desembarazar dicho órgano de los materiales contenidos, oponiéndose á las fermentaciones anormales de los mismos, evitando no sólo las molestias que causan al enfermo, sino también lesiones de la mucosa gástrica, consecutivas á la prolongada acción que dichos productos determinan. Pero la nutrición del enfermo no resulta favorecida en tales casos con los lavados, y es preciso recurrir á las intervenciones quirúrgicas, únicas capaces de restablecer el círculo nutritivo.

En los casos de hiperclorhidria acompañados de gran hiperestesia gástrica y pequeña ó nula hipersecreción, el lavado sólo sirve para aumentar las molestias que sufre el enfermo, sin reportarle beneficio alguno, y por tal motivo le considero seriamente contraindicado. Por otra parte, estos enfermos son los que, por motivos fáciles de comprender, toleran más difícilmente la sonda.

La gastroenterostomía constituye un remedio eficaz en las hiperclorhidrias graves y de aplicación indispensable, cuando van acompañadas de estenosis pilóricas, insuficiencia motriz ó dilatación. Es un hecho perfectamente comprobado que, gracias á este procedimiento quirúrgico, pueden combatirse los fenómenos más graves que acompañan á los procesos morbosos citados, como son la retención alimenticia, y con ella las fermentaciones anormales de los productos largo tiempo detenidos en el ventrículo abdominal, la insuficiencia motriz y la desnutrición consecutiva á la falta de ingreso en el intestino de las sustancias alimenticias. Siquiera el lavado

Digitized by Google

del estómago remedie algunas de estas desviaciones de la función gástrica, como las fermentaciones é irritación glandular á que da origen el estancamiento de los productos alimenticios, en modo alguno puede evitar la consecuencia más grave de dicha estancación: la inedia orgánica.

Un hecho comprobado por diferentes observadores, entre los cuales tengo el honor de contarme, es que la cifra de acidez del contenido gástrico disminuye de una manera considerable después de la gastroenterostomía. De mis observaciones personales se deduce, sin embargo, que semejantes descensos de acidez no siempre tienen lugar, aun en los casos en que la operación va seguida de una mejoría bien manifiesta. Recientemente fué operado por indicación mía un enfermo á que desde hacía cinco años trataba una hiperclorhidria con hipersecreción de carácter intermitente. En los meses de Octubre y Noviembre del 95, el ataque apareció con violencia extraordinaria, acompañándose de dolores intolerables y hemorragias profusas. La operación, hábilmente practicada por el Dr. Ortiz de la Torre, proporcionó al enfermo un alivio inmediato, que ha seguido sin interrupción hasta hoy. Los dolores y las hemorragias no han vuelto á reproducirse, y la nutrición del enfermo ha ganado considerablemente, lo que se explica teniendo en cuenta que, aparte de otras lesiones encontradas al practicarse la gastroenterostomía, pudo comprobarse la existencia de una estenosis pilórica hiperplásica. A pesar de esto, en dos análisis practicados después de la intervención quirúrgica, la cantidad de HCl. libre era igual á la que había antes de la operación (2,9 por 1.000).

Parecidos al caso anterior, he tenido ocasión de observar otros tres que prueban suficientemente hasta qué punto son susceptibles de calmarse las hiperestesias gástricas, subsistiendo, sin embargo, la hiperacidez, no siendo por tanto lógico admitir como ley sin excepción que la hiperclorhidria es siempre consecuencia de la hiperestesia.

Claro está que, aun convencidos de la relativa inocuidad de la gastroenterostomía, no puede aconsejarse ésta sino en los casos graves y después de haber fracasado otros remedios. La posición social del enfermo es factor muy digno de tenerse en cuenta, pues, estando los pobres imposibilitados de sostener durante largo tiempo un régimen higiénico y farmacológico conveniente, no debe en ellos demorarse la operación tanto tiempo como en los de posición elevada, si quieren evitarse terribles complicaciones, fáciles de alejar en los últimos é imposible de evitar en los primeros. No me cansaré de repetir que es preciso no dejar llegar á los enfermos al último grado de curación para aconsejarles la gastroenterostomía, pues en tales casos las probabilidades de éxito son muy exiguas: por muy

Digitized by Google

inocua que se considere tal operación, basta tener en cuenta que aun los operadores más hábiles tardan en practicarla de veinticinco á treinta minutos, y sólo el sostener la cloroformización este espacio de tiempo es ya un verdadero peligro para un enfermo extinto de fuerzas.

El prolongar los tratamientos médicos cuando de una manera evidente se ha visto su ineficacia, constituye además un motivo de graves complicaciones que hacen imposible la intervención quirúrgica y que solamente ésta hubiera podido evitar: las tetanias, uremias, deshidratación de los tejidos, colapsos consecutivos á la falta de nutrición y á grandes hemorragias, y otros accidentes gravísimos, son el resultado de la falta de iniciativa y energía en el médico ó del pueril temor de los enfermos y sus familias.

La hipersecreción exige, como la hiperclorhidria, un tratamiento causal y otro sintomático. Nada puedo decir del primero, pues sería necesario escribir un tratado completo de terapéutica, por ser tan numerosos los motivos etiológicos capaces de engendrar el proceso; y cuanto al segundo, me limitaré á consignar que el lavado gástrico es remedio verdaderamente inexcusable por ser el único capaz de desembarazar el estómago de materiales que provocan graves alteraciones anatomo-patológicas en el mismo; que perturban profundamente su funcionalismo fisiológico y que ocasionan grandes molestias á los enfermos.

La elección de la hora en que debe practicarse el lavado, y las substancias que conviene añadir al agua con que se efectúa, varían según los datos recogidos por el análisis del contenido gástrico. Cuando éste es ácido conviene agregar los alcalinos, y cuando su reacción es neutra ó alcalina debe recurrirse á los ácidos y desinfectantes. Desde hace algún tiempo empleo en tales casos el agua oxigenada, que además de su enérgico poder desinfectante tiene la propiedad de activar las secreciones ácidas del estómago.

Cuanto á los remedios farmacológicos, destácase ante todo la belladona *ex ore* ó en supositorios, asociada á los alcalinos cuando el producto de hipersecreción es ácido, y á los ácidos, como el ácido clorhídrico, el cloralbacid, el acidol, etc., cuando dicho líquido es neutro ó alcalino.

La necesidad de calmar el dolor es inexcusable, y cualquiera que sea la modalidad que revistan la hiperclorhidria y la hipersecreción, las gastralgias que tan frecuentemente las acompañan imponen al médico la necesidad de subordinar á ellas el tratamiento. Todos los analgésicos han sido empleados con este objeto, y cada práctico tiene predilección por alguno; pero, á pesar de la atropina, duboisina, anestesina, cocaína, estovaína y otros muchos que pudiera citar, el opio conserva la supremacía, y las inyecciones hipodérmicas de

Digitized by Google

morfina, sola ó asociada á la atropina, tienen el mismo lugar preferente que conquistaron hace tantos años.

Las aplicaciones hidriáticas (compresas frías ó calientes y los baños generales templados), las corrientes eléctricas, especialmente las galvánicas, ciertas formas de amasamiento y diferentes agentes físicos de sedación, constituyen otros tantos medios á que puede acudir el práctico para combatir los terribles sufrimientos que las crisis gastrálgicas provocan en los enfermos, haciendo en muchos casos aborrecible la existencia. Aunque á espíritus superficiales parezca cosa baladí el llenar únicamente una indicación sintomática, conviene tener presente que cuando la curación de un proceso morboso es inaccesible á los recursos de que disponemos, el solo hecho de atenuar ó suprimir el dolor hace de la Medicina la más grande y noble de las profesiones.

LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA

Por el Dr. E. Fernández Sanz

Médico del Hospital de la Princesa, por oposición;
Médico numerario de la Beneficencia municipal, por oposición; Médico director habilitado de Aguas minerales, por oposición.

II

PATOLOGÍA GENERAL DE LA PUPILA

Examinados en el capítulo anterior los fundamentos anatómicos y fisiológicos de los fenómenos pupilares; demostrada la escasa certidumbre que en este asunto existe, no obstante la tenaz labor de una legión de infatigables investigadores; expuestas é imparcialmente criticadas las opiniones dominantes, he de abordar ahora el estudio patológico, fundándome para la interpretación de los hechos morbosos en las consideraciones anatomo-fisiológicas precedentes; y puesto que son éstas tan inseguras, nada de extraño tiene que las explicaciones patogénicas sean un tanto vagas y contradictorias. Es éste un á modo de círculo vicioso, pues gran parte de los datos anatómicos y fisiológicos se fundan en observaciones patológicas, y recíprocamente se trata de explicar éstas por aquéllos; comparten, pues, ambos órdenes de conocimientos las mismas claridades y las mismas sombras.

Pero si la interpretación de los hechos patológicos es muy problemática y discutible en la mayoría de los casos, los hechos en sí mismos tienen un grado de certeza muy superior, sólidamente contrastado por las pruebas experimentales; su conocimiento es empí-

Digitized by Google

rico muchas veces, pero no por eso es menos fidedigno. Por ejemplo, no estamos muy seguros de la patogenia del signo de Argyll-Robertson, pero sí sabemos á ciencia cierta que es un valiosísimo signo de tabes dorsal y de parálisis general, y como esta afirmación se hacen varias en patología pupilar, sin que sepamos el por qué de ellas.

Procediendo de lo cierto á lo dudoso, en este capítulo, como en los restantes, expondré primero los hechos de observación y á continuación de cada uno las tentativas de explicación que se han realizado con el mismo criterio imparcial que he seguido en el capítulo anterior, mencionando todas las hipótesis de que tenga conocimiento, sin adherirme fanáticamente á ninguna de ellas, y refiriéndome, siempre que haya oportunidad para ello, á los fundamentos anatomo-fisiológicos previamente descritos.

En este capítulo voy á tratar de las alteraciones patológicas de la pupila consideradas en sí mismas, artificialmente separadas de las enfermedades en que se presentan, analizando sus caracteres intrínsecos, las condiciones de su presentación y su probable patogenia: ciertamente que en algunos casos no podré por menos de aludir á algunas especies morbosas de las que forman parte los trastornos pupilares; pero sólo lo haré incidentalmente, por vía de aclaración, pues el estudio de los signos pupilares en relación con las enfermedades será objeto de los capítulos siguientes.

En primer término, y como nexo entre el campo patológico y el fisiológico, voy á exponer las variaciones que respecto del tipo normal, representado por el hombre adulto, sano y en el regular ejercicio de todas sus funciones, ofrece la pupila en algunos de los llamados estados fisiológicos. Este estudio preliminar es indispensable para evitar la confusión de los cambios debidos á condiciones que caen dentro de los linderos de la fisiología, con los producidos por trastornos verdaderamente patológicos. A continuación me ocuparé de las perturbaciones morbosas propiamente dichas, dividiéndolas en estáticas, ó de la pupila en reposo, y dinámicas, ó de la pupila en movimiento: en el primer grupo estudiaré las alteraciones de la forma y de las dimensiones de la pupila; en el segundo, los trastordos de los diversos movimientos pupilares, reflejos y asociados, examinados en el capítulo anterior; no se crea que entre estos dos grupos de alteraciones pupilares, estáticas y dinámicas, existe una separación bien definida, al contrario, se observan casi siempre asociadas en mutua dependencia y modificándose recíprocamente; si las estudio separadamente es para la mayor claridad de la exposición, pero en la realidad es la regla que se presenten unidas.

Según he dicho en el capítulo I, Schirmer y Silberkhul admiten que el diámetro fisiológico de la pupila adaptada para una intensi-

Digitized by Google

dad luminosa de 100 á 1.100 bujías métricas es de 2,75 á 4,75 mm.; como se ve, los límites señalados por estos autores son bastante amplios y permiten extensas variaciones individuales; más laxos son aún los términos extremos marcados por Woinow (cit. por Kerfoot Shute, *Medical News*, núm. 1.646, 1904), de 2,44 á 5,82, con un término medio de 4,14, en ausencia de acomodación. Según Schmidt-Rimpler y Bach, la pupila es más ancha en los miopes y más estrecha en los hipermetropes que en los emetropes. Con la edad varía el diámetro pupilar, á la vez que la movilidad del iris, siendo en los niños muy ancha la pupila y de reacción rápida é intensa, mientras que en el viejo es estrecha y de movimientos perezosos, tardos y limitados. En la mujer es la pupila más ancha que en el hombre (Tange, Bach, Bumke). Por último, el color del iris no tiene influencia sobre el diámetro pupilar (Bumke, op. cit.), pero sí la tiene, lo mismo que sobre la motilidad irídea, la agudeza visual; en regla general, cuando ésta disminuye la pupila aumenta de diámetro y su reacción á la luz se debilita; es decir, que la sensibilidad luminosa consciente es proporcional á la sensibilidad luminosa refleja; pero no faltan excepciones, y precisamente en ellas se funda la diferenciación de las fibras del nervio óptico en visuales y pupilares, de que he hablado en el capítulo anterior; á esta categoría corresponden los casos de Baumeister (*Archiv für Ophtalmologie*, Bd., 19), Piltz (*Neurologisches Centralblatt*, 1899, S. 722), Bach (*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1899, S. 634), de disociación entre la sensibilidad visual y la reacción pupilar á la luz. De todos estos hechos, el de mayor importancia es el de la miosis y pereza pupilar seniles, que deben siempre tenerse muy presentes para no atribuirlas erróneamente una significación patológica.

También es interesante la influencia que en la magnitud y las reacciones de la pupila ejercen los estados de agotamiento, de fatiga física y moral, de inanición; en todos estos casos la pupila es más ancha que en estado normal, y la motilidad del iris está algo disminuída; los minuciosos experimentos de Bumke (*Zeitschrift für Psychologie u. Physiologie der Sinnesorgane*, 1904) han confirmado la exactitud de estos datos, ya conocidos desde Kussmaul. Es de capital importancia el conocimiento de estos cambios pupilares debidos á la fatiga física y psíquica y á la desnutrición, pues son factores que accidentalmente intervienen con frecuencia en las neuropatías y psicosis; por ejemplo, la inanición en los alienados que se niegan á tomar alimentos, el agotamiento rápido en los neurasténicos por cualquier trabajo moderadamente intenso, el insomnio en otros muchos enfermos, y conviene siempre saber distinguir las alteraciones pupilares intrínsecamente peculiares á cada entidad morbosa de aquellas otras debidas á episodios añadidos á la misma.

Digitized by Google

Entrando ahora de lleno en el estudio de la patología general de la pupila, y comenzando por los trastornos estáticos, me ocuparé, en primer término, de los cambios de magnitud. Estos cambios son uni ó bilaterales, y tanto en uno como en otro caso su valor diagnóstico es grande y el mecanismo de producción múltiple. Aunque, según he manifestado en el capítulo I, hoy se admite casi unánimemente que el diámetro pupilar depende nada más que de la influencia nerviosa sobre el tono de las fibras musculares del iris, sin embargo, debo hacer constar que no falta quien defienda en la actualidad, al menos parcialmente, la antigua hipótesis que subordinaba las variaciones del diámetro pupilar á las oscilaciones de la presión de la sangre y de la cantidad de ésta contenida en los vasos del iris. Esta opinión, muy atenuada desde luego, pues nadie niega la evidente influencia del sistema nervioso sobre el iris, cuenta entre sus modernos defensores á Mosso, á Vennemann (art. «Tractus uveal», *in Encyclopedie française d'ophtalmologie*, de Lagrange et Valude, 1903), quien dice que la pupila se contrae cuando sus vasos se congestionan y se dilata cuando se vacían, sea por anemia general ó por anemia local, y á Roch (*Revue Medicale de la Suisse Romande*, núm. 2, 1905), quien afirma que las variaciones de la presión sanguínea repercuten siempre en el diámetro pupilar, produciéndose miosis por la turgencia de los vasos del iris y midriasis por su anemia relativa; pero estas variaciones son mucho menos extensas y mucho más lentas que las provocadas por los cambios de inervación, siendo éstas próximamente trece veces más intensas que aquéllas.

Que la presión sanguínea y la cantidad de sangre que riega los órganos encefálicos ejerce cierta influencia sobre la dimensión de la pupila, lo prueba el hecho, de observación clínica corriente, de que en los estados anémicos, lipotímicos, sincopales, de shock, de depresión nerviosa, de melancolía, así como en la estrechez é insuficiencia aórticas y en la fiebre tifoidea con marcada hipotensión sanguínea, con pulso muy blando y dicroto, hay dilatación pupilar, mientras que en los estados congestivos, en el tifus exantemático, con la faz vultuosa, arrebatada, en las lesiones mitrales, en las afecciones pulmonares, que causan obstáculo en la circulación menor, la pupila está contraída. Según Kerfoot Shute (loc. cit.), los movimientos respiratorios dan lugar á cambios pupilares por intermedio de las variaciones de la presión sanguínea, dilatación ligera en la inspiración, mientras que en la espiración, sobre todo si es forzada, intervienen dos factores antagónicos: la acumulación de ácido carbónico, que excita al centro pupilo-dilatador, y la congestión del iris, que tiende á contraer la pupila.

Los partidarios de la subordinación exclusiva de la dimensión

Digitized by Google

pupilar al estado de la inervación reconocen estas relaciones entre la presión y la cantidad sanguíneas y el diámetro del orificio irídeo, experimentalmente demostradas; pero niegan su conexión inmediata, admitiéndola sólo de un modo indirecto, mediante la intervención del sistema nervioso, en virtud de la excitación que los cambios circulatorios producen en los centros pupilo-motores.

El término de esta disputa, puramente teórica, parece aún muy lejano; pero afortunadamente no es preciso esperar á que se resuelva para deducir conclusiones prácticas, pues lo que importa saber es que las únicas variaciones pupilares de verdadero interés, las solas de aplicación clínica, son las debidas directa é inmediatamente á los cambios de la inervación; las provocadas por las alteraciones circulatorias son curiosidades de trascendencia meramente científica.

Recordando que el estado de reposo del iris es debido al equilibrio de dos tonos musculares antagónicos, el del esfínter y el del dilatador, sometidos probablemente á dos sistemas de inervación distintos y de intensidad muy diferente, el óculo-motor enérgico y el simpático débil, pueden esquemáticamente dividirse las alteraciones del diámetro pupilar en cuatro variedades: 1.ª Miosis paralítica, por parálisis del dilatador, debida á una inhibición del centro pupilo-dilatador ó una destrucción de las fibras conductoras del impulso partido de este centro: ejemplo, la miosis que acompaña á las lesiones de la medula cervical, de la primera rama comunicante dorsal ó del simpático del cuello. 2.ª Miosis espástica, por contractura del esfínter, producida por una lesión irritativa del centro pupilo-constrictor ó de las fibras que de él parten: ejemplo, en las hemorragias pontinas y meníngeas, absceso cerebral, etc. 3.ª Midriasis paralítica, por parálisis del esfínter, debida á una lesión destructiva de su centro ó de las fibras que le animan, ó también del trayecto centrípeto del arco del reflejo luminoso, desde la retina hasta el núcleo del óculo-motor: ejemplo, lesiones del pedúnculo cerebral, de la base del cráneo, del nervio óptico. 4.ª Midriasis espástica, por contractura del dilatador, provocada por una alteración irritativa del centro pupilo-dilatador ó de sus fibras eferentes: ejemplo, algunas lesiones *no destructivas* de la medula ó del simpático cervicales.

Esta división, en su seductora sencillez, no puede ser literalmente aplicada á la práctica; es, en realidad, una disociación artificial de hechos que suelen casi siempre presentarse combinados; pero es en extremo provechosa para la interpretación de los hechos patológicos y para la orientación del diagnóstico, si bien su utilidad en este concepto sería mayor si se conocieran los centros y vías pupilares mejor de lo que actualmente se conocen.

La miosis y la midriasis se distinguen fácilmente por la observa-

Digitized by Google

ción del diámetro de la pupila, y más exactamente por su medición; para diferenciar los fenómenos espásticos de los paralíticos es preciso analizar el estado de la motilidad del iris, provocando sus diversos movimientos reflejos y asociados, y empleando también los medicamentos que influyen sobre el diámetro pupilar, en especial la atropina, la cocaína y la eserina.

Así, en la miosis paralítica, el reflejo dilatador ó sensitivo estará abolido, persistiendo los demás movimientos del iris, aunque sea difícil de apreciar y poco extenso el reflejo luminoso por la miosis preexistente, y la atropina producirá midriasis, pero no tan acentuada como en los casos de integridad pupilar, por faltar el factor que en la acción de esta droga se atribuye á la excitación del simpático. En la miosis espástica la pupila reacciona ligeramente á la luz, pero responde muy bien á los midriásicos y miósicos, los cuales producen el máximum de su acción (Kerfoot Shute). Si la miosis es á la vez paralítica y espástica, la contracción pupilar es máxima y el reflejo luminoso es imperceptible. En la midriasis paralítica la dilatación es moderada; el reflejo luminoso directo y consensual está abolido en el caso de lesión del trayecto centrífugo del arco ó de lesión bilateral de las vías centrípetas, persistiendo el consensual si la lesión de estas últimas es unilateral; en el caso de lesión del óculo-motor ó de su núcleo, la rigidez pupilar es absoluta; la pupila se dilata intensamente por los midriásicos, pero se contrae muy poco por los miósicos. Si la midriasis es espástica, se conserva el reflejo luminoso y la reaccion de acomodación-convergencia, pero está abolido el reflejo sensitivo; los medicamentos miósicos producen una contracción ligera, y los midriásicos una dilatación máxima.

No menor importancia que las alteraciones de magnitud tienen las de la forma del orificio pupilar: sabido es que ésta varía en las diversas especies animales, siendo en el hombre circular y ocupando el centro del diafragma irídeo. Descartando las irregularidades de forma debidas á anomalías congénitas ó á procesos locales (iritis, sinequias), las desviaciones de la situación y del tipo de conformación normales, la excentricidad, las deformaciones del borde del iris tienen considerable valor diagnóstico, pues según probaré en el capítulo siguiente, son patrimonio casi exclusivo de la sífilis de los centros nerviosos, de la parálisis general y de la tabes. La pupila deformada es de contorno poligonal, constituído por la reunión de curvas de diverso radio, y examinando á la lente el borde del iris se aprecian en él grandes desigualdades.

Brannstein y Piltz (citados por Bumke, op. cit.) han conseguido producir artificialmente la irregularidad pupilar por excitación de los nervios ciliares, de donde deduce Piltz que las deformaciones

Digitized by Google

patológicas deben ser debidas á lesiones de dichos nervios ó de sus núcleos de origen.

Dupuy-Dutemps (*Annales d'oculistique*, Septiembre 1905) ha analizado el mecanismo patogénico de la irregularidad pupilar, atribuyéndolo á una atrofia del iris. Según él, cuando se examina con la lente un iris de pupila deformada, no se aprecian las ondulaciones normales que forman pliegues, dispuestos, según Fuchs, en sentido radiado en la región situada por dentro del círculo arterial menor, y circularmente por fuera de éste; esta falta de los relieves fisiológicos indica, según Dupuy-Dutemps, una atrofia del iris, difusa unas veces, limitada otras á algunos sectores del mismo. Este proceso atrófico se traduce en el borde pupilar por una tendencia á su rectificación, por la formación de una curva de mayor diámetro que la circular continua que le constituye normalmente; así se explica perfectamente el aspecto poligonal del contorno de la pupila.

Esta deformación estaría, según el autor, íntimamente relacionada con los trastornos motores del iris, siendo más tardía que el signo de Argyll-Robertson, pero más precoz que la abolición de la reacción de acomodación-convergencia, y sobre todo que la desaparición del fenómeno de Westphal-Piltz. Para Dupuy-Dutemps, esta forma de atrofia del iris, que sólo se observa en la tabes dorsal, en la parálisis general y en algunos casos de glaucoma subagudo, siendo siempre la patogenia la misma, es un trastorno trófico de origen nervioso, que no puede atribuirse á una lesión del óculomotor ó del simpático, porque no se observa en los casos de parálisis del tercer par, ni en los de alteración destructiva, patológica ú operatoria del simpático cervical; la causa de esta atrofia debe localizarse en el ganglio oftálmico, al que tanta influencia conceden los trabajos de Marina (*I centri delle reazioni pupillari*, *Il Morgagni*, número 11, 1905) sobre la motilidad del iris. Sin prejuzgar esta tan discutida cuestión de los centros de los reflejos pupilares, puede darse como demostrado que en el ganglio oftálmico terminan las prolongaciones cilindráxiles de las células que constituyen el núcleo óculo motor, así como las fibras procedentes del simpático cervical, y que de las células de ese ganglio parten los conductores nerviosos que van á animar los elementos musculares del iris. Pues bien: para Dupuy-Dutemps, estas células del ganglio oftálmico ejercerían sobre el iris una influencia no sólo motora, sino también trófica, y por eso la alteración de aquéllas daría lugar á la atrofia y á la parálisis de éste, como ocurre en toda lesión de los somas de las neuronas motoras periféricas (poliomielitis anteriores). En los casos de glaucoma subagudo podría explicarse la atrofia y la parálisis del iris por la lesión de la misma neurona ciliar periférica.

Digitized by Google

determinada por la compresión de los nervios ciliares, efecto de la hipertonia ocular, al penetrar en el ojo.

La hipótesis de Dupuy-Dutemps, por muy razonable que parezca, está sujeta á las mismas críticas que todo lo referente á este complejo asunto de los movimientos del iris; lo que nos importa retener bajo el punto de vista práctico es la íntima conexión de la irregularidad pupilar con la rigidez refleja, y su gran valor en el diagnóstico de ciertas neuropatías orgánicas, sobre el que insistiré en el lugar oportuno.

Los trastornos hasta ahora estudiados pueden presentarse en ambos lados con igual intensidad, ó con diferentes caracteres, ó en un solo lado. En los dos últimos casos dan lugar al fenómeno denominado *anisocoria*, ó desigualdad pupilar. El primer punto que debe discutirse al abordar esta materia es el de si la desigualdad pupilar puede ser producida en estado fisiológico por la diferente intensidad de iluminación de cada ojo, problema que ya he tocado incidentalmente en el capítulo primero, al ocuparme del reflejo luminoso consensual. Allí indiqué que Hoche y Bach se pronunciaban por la afirmativa, y Arlt, Schirmer y Fuchs, este último con ciertas reservas, por la negativa. De todos modos, y para evitar una posible causa de error, conviene hacer el examen comparado de las pupilas en condiciones tales, que la iluminación de ambos ojos sea de intensidad idéntica. Pero aun después de cumplido este requisito, admite Bumke que puede encontrarse alguna pequeña diferencia entre la pupila de uno y otro lado en individuos completamente sanos, citando en su apoyo la opinión de Rumpf, quien dice que dependiendo el diámetro pupilar de tan complicadas condiciones, del tono del óculo-motor, de el del simpático, de la impresión luminosa, de lás sensitivas, de los procesos psíquicos, de los movimientos de convergencia y de oclusión palpebral, etc., nada de extraño tiene que la reacción en ambos lados no sea siempre perfectamente idéntica.

Estas diferencias, mínimas y raras en los sujetos en estado fisiológico, son más marcadas y frecuentes en los afectos de neurosis, en especial en los neurasténicos, y por estas razones, la anisocoria por sí sola, no asociada á ningún otro trastorno pupilar, tiene muy escaso valor para el diagnóstico diferencial de las neuropatías orgánicas y funcionales; á lo sumo, debe ser un indicio que suscite la investigación de otros signos más seguros.

Una forma muy curiosa de desigualdad pupilar es la que pudiera llamarse *anisocoria de balanza* ó *sprinyende mydriasis* de los alemanes, consistente en las alternativas de las diferencias de diámetro de ambas pupilas, siendo un día la derecha y otro día la izquierda la mayor; las primeras observaciones de Graefe, Oppen-

Digitized by Google

heim y Siemerling, Strumpell, etc., se referían á tabéticos y paralíticos generales; pero recientemente, el mismo Oppenheim, Riegel, Gumpertz y otros han observado el mismo fenómeno en histéricos y neurasténicos, de modo que su valor diagnóstico es el mismo que el de la anisocoria en general.

Terminado con esto el estudio de las alteraciones pupilares estáticas, voy á emprender el de las dinámicas, las más importantes, pero también las más complejas y las menos conocidas en su determinismo patogénico, no obstante ser objeto preferente de estudio por parte de los neurólogos de todos los países.

En la exposición de estas perturbaciones de la motilidad del iris seguiré el mismo orden que en el estudio fisiológico, examinando los trastornos de los movimientos reflejos, luminoso y psico-sensitivo, y asociados, con la convergencia y con la oclusión palpebral; después de describir las alteraciones de cada uno de estos mecanismos motores aisladamente, estudiaré sus mutuas combinaciones, que tienen su más completa representación en la rigidez pupilar absoluta.

En primer término, y como transición entre las perturbaciodes estáticas y las dinámicas, he de ocuparme de los trastornos de ese estado de inestabilidad pupilar, de esa *pupillenunruhe,* que es esencialmente dinámico, pero que tiene algo de estático por su constancia, por su persistencia, por su perpetua realización.

Esas continuas oscilaciones fisiológicas del borde pupilar que se repiten de 30 á 120 veces por minuto, y cuya extensión no excede de 1 á 2 mm., no deben confundirse con el estado patológico denominado *hippus;* consiste éste en un espasmo clónico de la musculatura irídea, que se revela por rápidas y extensas contracciones y dilataciones de la pupila, de velocidad é intensidad variables de un momento á otro. Kerfoot Shute, con dudosa propiedad, aplica el nombre de *hippus* lo mismo al estado patológico que á la inestabilidad pupilar fisiológica; pero Bumke, muy acertadamente, insiste en la separación de ambos fenómenos, pues el *hippus* verdadero, el patológico, es más intenso, más brusco, más irregular que la *pupillenunruhe,* y no depende como ésta de las impresiones luminosas sensoriales y sensitivas en general, de las excitaciones psíquicas ni de la convergencia. El *hippus* propiamente dicho se observa á veces asociado con el nistagmus en la esclerosis en placas y también en los accesos epilépticos, en algunos casos de meningitis, de lesiones cerebrales en foco y de manía.

En cuanto á la inestabilidad pupilar fisiológica, si se tienen en cuenta los múltiples factores causales que la determinan, se comprenderá fácilmente que únicamente puede estar abolida por completo en los casos de rigidez pupilar refleja total.

El reflejo luminoso conserva en lo patológico la misma primor-

Digitized by Google

dial importancia que tiene en lo fisiológico, refiriéndose á él la mayoría de los trabajos que actualmente se publican sobre reacciones pupilares.

La abolición aislada del reflejo luminoso, directo y consensual, con persistencia de la contracción pupilar sinérgica con la convergencia, constituye el importantísimo signo de Argyll-Robertson, el más valioso sin disputa, desde el punto de vista diagnóstico, de todos los fenómenos pupilares. Se conoce también con el nombre de rigidez pupilar luminosa refleja (*Lichtstarre*), ó de rigidez pupilar refleja aislada, en contraposición á la rigidez pupilar absoluta, que significa la abolición de todos los movimientos del iris. Para poder razonar con rigor lógico acerca de este signo, es necesario comenzar por definirle de una manera tan precisa y concreta que no permita interpretaciones equívocas. Bach (*Neurologisches Centralblatt*, núm. 23, 1903, y núm. 15, 1904) censura la definición corriente que caracteriza á la rigidez pupilar refleja simplemente por la pérdida de la reacción á la luz, con persistencia de la contracción por la convergencia, encareciendo la importancia de que se indique explícitamente que está abolido el reflejo luminoso, tanto directo como consensual; según el mismo observador, en los casos de rigidez pupilar refleja típica, el orificio irídeo es más estrecho en general que en estado normal, pero algunas veces su diámetro es el fisiológico; en estos últimos casos la reacción á la convergencia no está alterada en cuanto al grado de contracción, pero es algo más lenta que normalmente.

La definición que de la rigidez pupilar para el reflejo luminoso da Bumke es idéntica á la de Bach; consiste, según aquél, en la falta de respuesta pupilo-motora á la impresión luminosa directa y consensual. Cuando el reflejo luminoso directo está abolido, pero persiste el consensual, mientras que en el ojo del otro lado inversamente falta el reflejo consensual y se conserva el directo, se trata del fenómeno llamado *Reflextaubheit* (literalmente *sordera refleja,* R T según la nomenclatura de Heddaeus), debido á una lesión unilateral del miembro centrípeto del arco reflejo; es decir, de las denominadas fibras pupilares. Cuando no sólo la reacción luminosa consensual y directa, sino también la psico-sensitiva y la asociada á la convergencia, están abolidas, el estado de la pupila se designa con el nombre de rigidez absoluta; algunos autores usan en estos casos la denominación de rigidez refleja total, pero con poca propiedad, porque como la reacción de convergencia no es un movimiento reflejo, sino asociado, cuando ésta falta, la rigidez pupilar no sólo se muestra en los actos motores reflejos, sino también en los sinérgicos.

Así definida la rigidez aislada para el reflejo luminoso, que en

Digitized by Google

obsequio á la brevedad puede denominarse rigidez luminosa simple ó pura, y que no es otra cosa que el signo de Argyll-Robertson, su averiguación no ofrece dificultades en los casos típicos, en aquellos en que con una inmovilidad absoluta de la pupila á la luz coexiste una reacción normal por la convergencia. Pero no siempre se presenta este signo con esta precisión y esta pureza esquemáticas, sino que son frecuentes los casos en que se observa cierta vaguedad de caracteres que obligan á relajar un tanto el rigor de la definición para darlos cabida en ella, á lo cual tienen innegable derecho, pues la mayoría de las veces esos casos imperfectos, que se suelen designar con el nombre de signo de Argyll-Robertson incompleto, suelen acabar, andando el tiempo, por hacerse completos. De las dos condiciones que definen á la rigidez luminosa — la abolición de la reacción refleja á la luz, y la conservación de la contracción por la convergencia, — la primera puede aceptarse en sentido relativo, mientras que hay que mantener la segunda en toda su absoluta integridad; es decir, que el reflejo luminoso puede estar solamente debilitado, con alteración meramente cuantitativa, sin que por eso deje de admitirse la rigidez luminosa, pero en cambio, *la reacción de convergencia ha de estar siempre perfectamente íntegra,* completamente normal en todas sus condiciones, pues si presenta una disminución de intensidad ó un retardo en su aparición, por ligeras que estas alteraciones sean, ya no puede pensarse en una rigidez luminosa aislada, sino en una rigidez total atenuada. Justifica esta manera de pensar el hecho de que los centros y vías de la reacción pupilar luminosa parecen mucho más vulnerables que los de la reacción de convergencia, pues en los casos de parálisis completa regresiva de la musculatura intrínseca del ojo, ó sólo del esfínter del iris, la regla es que la reacción de convergencia reaparezca pronto, mientras que la luminosa persiste abolida, y recíprocamente, en los casos de parálisis progresiva del iris es la reacción á la luz la primera que desaparece, y sólo más tarde se interesa la de convergencia; además, en los casos de disminución de ambas reacciones, siempre parece mejor conservada esta última. Por consiguiente, los casos en que la contracción pupilar por la convergencia está debilitada, aunque sea ligeramente, no deben considerarse como de rigidez luminosa, sino de rigidez total incompleta. En cambio es perfectamente legítimo el concepto de signo de Argyll-Robertson aplicable á los casos en que la reacción luminosa persiste, pero disminuída.

La diferenciación del signo de Argyll-Robertson y de los otros trastornos pupilares con que pudiera confundirse, en especial la *rigidez total* y la *Reflextaubheit*, se funda en la exacta apreciación de los caracteres enunciados en su definición; en la rigidez total la reacción de convergencia está abolida ó, por lo menos, disminuída; en

Digitized by Google

cuanto á la *Reflextaubheit*, su distinción es fácil en los casos de alteración unilateral, puesto que en ella persiste el reflejo luminoso consensual en el lado afecto, y el directo en el otro, mientras que en el signo de Argyll-Robertson unilateral están abolidos ambos reflejos, directo y consensual, en un lado, é íntegros en el otro; pero si el trastorno es bilateral, es preciso eliminar las causas de *Reflextaubheit*, es decir, las lesiones de la retina y de las vías ópticas, antes de aceptar la existencia de un doble signo de Argyll-Robertson; el examen de la agudeza visual es muy importante en estos casos, por más que, según he dicho anteriormente, hay ejemplos de disociación entre la sensibilidad visual consciente y la refleja.

El signo de Argyll-Robertson es bilateral generalmente, pero no es raro observar alguna diferencia entre ambos lados, estando, por ejemplo, la reacción luminosa abolida en el uno y solamente disminuída en el otro, ó desigualmente debilitada en los dos. Más aún: se conocen bastantes casos de rigidez luminosa exclusivamente unilateral (los de Moebius, Heddaeus, Erb. Gowers, etc., citados por Bumke, op. cit.).

Un detalle de importancia, y al que ya he aludido anteriormente, es la dimensión de la pupila en estado de rigidez luminosa refleja; en general hay miosis, y Bach (loc. cit.) supone que ésta es la regla en la forma típica, mientras que cuando hay dilatación pupilar media debe considerarse ésta como resultado de una complicación; rechaza Bach la opinión clásica que explica, por una lesión del centro cilio-espinal, la miosis coexistente con la rigidez luminosa, mientras que ésta sería debida á una alteración de los tubérculos cuadrigéminos, pues el paralelismo de evolución de uno y otro síntoma no es favorable á la existencia de dos focos lesionales tan distantes entre sí; este autor supone que acaso la hipótesis de Lewandowsky sobre el automatismo de los esfínteres pueda explicar la miosis del signo de Argyll-Robertson.

Heddaeus (*Centralblatt fur Nervenheilkunde,* XXVIII, XVI, 1905) explica esta miosis de la pupila rígida para la luz de la manera siguiente: el esfínter irídeo en estas condiciones se contrae por la acomodación y convergencia, pero no para dilatarse de nuevo después, como normalmente ocurre, sino que permanece inmóvil en contracción hasta que cesa el movimiento de acomodación y convergencia, dilatándose entonces lentamente, y esta falta de flexibilidad del iris, que muy bien pudiera calificarse de contractura, sostenida y acentuada por cada esfuerzo de acomodación y convergencia, explica el estado miósico de la pupila.

El signo de Argyll-Robertson es generalmente muy persistente, de aparición precoz en las enfermedades en que se presenta, siendo á veces incompleto al principio, para hacerse luego completo y ter-

Digitized by Google

minar en algunas ocasiones por convertirse en rigidez total. Otras veces, á la inversa, en los casos de parálisis del óculo-motor en vías de regresión, la rigidez luminosa puede ser el residuo de una rigidez total anterior.

Es frecuente la asociación de este signo con la irregularidad pupilar, y entonces le es aplicable la hipótesis patogénica de Dupuy Dutemps, que he citado anteriormente.

El valor diagnóstico del signo de Argyll-Robertson es muy grande, siendo un seguro indicio de neuropatía orgánica. Prácticamente puede decirse que su presencia indica la existencia de tabes, parálisis general ó sífilis de los centros nerviosos; así lo prueban las estadísticas de Siemerling, que en 923 mujeres con este signo halló un 90 por 100 de paralíticas, tabéticas y sifilíticas, y en 9.160 enfermos 94,7 por 100 afectos de sífilis, tabes ó parálisis general. Fuera de estas enfermedades se ha encontrado también, pero muy rara vez, en el alcoholismo, esclerosis en placas, tumores cerebrales, histerismo, epilepsia, demencia senil y paranoía. Debe tenerse en cuenta que el signo de Argyll-Robertson puede preceder á larga fecha, por espacio de varios años en ocasiones, á la aparición de otros síntomas de sífilis de los centros nerviosos, y aun persistir como fenómeno nervioso aislado en individuos con antecedentes sifilíticos. Coordinando estos datos con el muy probable abolengo sifilítico de la tabes y de la parálisis general, puede afirmarse que el signo de Argyll-Robertson es un valioso estigma de sífilis del sistema nervioso central.

La patogenia de este importantísimo signo es en extremo oscura; basta recordar las contradictorias opiniones expuestas al tratar de la trayectoria del reflejo luminoso, la diversidad de centros admitidos por los autores, desde el ganglio oftálmico según Marina, hasta la medula oblongada según Bach, para comprender la multiplicidad de las interpretaciones discurridas para explicar un síntoma que supone la alteración del reflejo luminoso, con persistencia de los demás mecanismos motores del iris. Como la anatomía patológica permanece muda en este punto, como la observación directa de las lesiones no ha permitido aún despejar esta incógnita, han tenido los investigadores que aguzar el ingenio ideando esquemas más ó menos complicados, pero todos ellos puramente hipotéticos, muy admisibles en la esfera de la posibilidad, pero sin que ninguno haya aún probado plenamente que es la representación exacta de la realidad.

La doctrina clásica supone que el signo de Argyll-Robertson es debido á la lesión destructiva de las fibras de Meynert, que unen á los tubérculos cuadrigéminos anteriores con la porción anterior del núcleo del óculo-motor; esta explicación es aplicable á los casos de

Digitized by Google

rigidez luminosa bilateral, pero no á aquellos en que es unilateral, pues si la lesión radicara en un lado solo el reflejo consensual persistiría, siendo así que, según la definición del síntoma, ha de estar abolido. Para obviar este inconveniente Heddaens (*Handbuch der gesammte Augenheilkunde*, 2 Aufl., IV, I Kap.) supone que la lesión radica en el núcleo del esfínter del iris; según él, los núcleos de este esfínter y del músculo ciliar son independientes uno de otro, y la rama del III par, que constituye la raíz motora del ganglio oftálmico, yendo por intermedio de éste y de los nervios ciliares á inervar los músculos intrínsecos, contiene, con destino al esfínter del iris, fibras de dos orígenes, procedentes las unas del núcleo propio de dicho esfínter, y las otras del núcleo del músculo ciliar, sirviendo las primeras de cauce al reflejo luminoso y las segundas á la reacción de acomodación; estos dos órdenes de fibras permanecen separados, no sólo en su origen, sino también en su trayecto periférico, en el tronco y rama del óculo-motor, por lo que se comprende que puedan las unas ser lesionadas, permaneciendo íntegras las otras; pero si esta hipótesis fuera cierta, si el signo de Argyll-Robertson fuera realmente debido á una alteración del miembro centrífugo del arco reflejo, á una parálisis parcial del iris, se acompañaría de dilatación pupilar por predominio de la acción del músculo dilatador, habría midriasis en vez de la miosis que en realidad existe.

Moebius ha propuesto una sencilla explicación de la rigidez luminosa: supone que las fibras pupilares contenidas en cada cinta óptica y previamente hemidecusadas en el quiasma terminan en el núcleo óculo-motor de su mismo lado, dando lugar su lesión en el punto de entrada en éste al síntoma de que me estoy ocupando; en este supuesto, se explica la producción del reflejo consensual, porque las fibras pupilares se cruzan parcialmente en el quiasma. Este esquema, muy aceptable en su sencillez, no es en suma más que la expresión gráfica de la opinión clásica que subordina el signo de Argyll-Robertson á la lesión de las fibras de Meynert.

Muy distinto es el parecer de Bach, ya indicado en el capítulo consagrado á la anatomía y fisiología; este autor, ya por sí solo, ya en colaboración con H. Meyer (Bach, *Neurologisches Centralblatt*, número 23, 1903, y 15, 1905; *Graefe's Archiv für Ophtalmologie*, Bd., XLVII, H. 2, u. 3; Bach y Meyer, *Graefe's Archiv für Ophtalmologie*, Bd., LV, H. 3; Bd., LVI, H. 2; Bd., LIX, H. 2), ha publicado numerosos trabajos con el resultado de sus experimentos, primero en gatos y después también en conejos. En síntesis, las conclusiones de Bach son las siguientes: la lesión responsable de la rigidez pupilar á la luz no radica, como generalmente se cree, en los tubérculos cuadrigéminos anteriores ó en las fibras de enlace

Digitized by Google

entre éstos y el núcleo del óculo-motor, sino que es una alteración irritativa del centro inhibidor situado en la extremidad espinal del surco del cuarto ventrículo, ó bien consiste en una destrucción de las vías que regulan la acción de este centro; así se produce una supresión de los influjos, que obran moviendo la pupila y quedando ésta en estado de inercia, no sólo no reacciona á las impresiones luminosas, sino que se produce miosis, por ser el esfínter del iris más poderoso que el dilatador. Bach compara esta miosis de la pupila rígida á la luz á la miosis del sueño y de los estados de narcosis. La opinión de Bach se funda en algunos argumentos anatomo-clínicos, tales como la falta de demostración directa de las lesiones de los tubérculos cuadrigéminos y de las vías correspondientes á los mismos en los casos de rigidez pupilar refleja, y la frecuente existencia de ésta en las enfermedades en que hay alteraciones de los cordones posteriores de la medula cervical (tabes dorsal, y aun la misma parálisis general, en la cual no son raras las lesiones medulares); pero el principal fundamento de esta hipótesis consiste en los experimentos de decapitación, de sección uni y bilateral y de excitación del bulbo y de la parte superior de la medula cervical, realizados por este investigador en gatos anestesiados y sometidos á la respiración artificial, con traqueotomía, y repetidas después en conejos y monos.

Levinsohn (*Graefe's Archiv für Ophtalmologie*, Bd., LIX, 2 H.) censura la extraordinaria complejidad operatoria de estos trabajos de Bach, pues la narcotización y la respiración artificial por sí solas pueden alterar las condiciones de la pupila y de sus reflejos; para evitar estos inconvenientes Levinsohn experimenta en conejos, los cuales pueden ser operados fácilmente sin necesidad de anestesia; y aunque la reacción pupilar luminosa de estos animales es muy escasa, puede obtenerse con suficiente intensidad empleando una luz muy viva, como la de magnesio; en cuanto á la respiración artificial, puede prescindirse de ella si se hace unilateralmente la sección del bulbo. De sus experimentos deduce Levinsohn que la sección del bulbo produce una miosis que al cabo de poco tiempo disminuye un tanto, pero sin desaparecer por completo, mientras que el reflejo luminoso persiste en general, faltando únicamente en aquellos animales que quedan moribundos en virtud del acto operatorio. Según Levinsohn, esa miosis sería debida á la excitación experimental de la raíz ascendente del trigémino.

Por su parte, Bach reconoce que los resultados de los experimentos en gatos y conejos son distintos, diferencia explicable, según él, por la diversidad de disposición de las vías ópticas y de la reacción luminosa en ambas especies; en los conejos confiesa Bach que no puede admitirse un centro inhibidor bulbar, pero que, no

Digitized by Google

obstante, debe concederse cierta influencia al bulbo sobre las dimensiones y los reflejos pupilares.

Por último, no haré más que recordar la hipótesis de Marina, corroborada por Dupuy-Dutemps (véase más arriba), según los cuales la rigidez pupilar para la luz es debida á una lesión del ganglio oftálmico.

En suma, reflejando la patogenia del signo de Argyll-Robertson la ignorancia en que estamos acerca del verdadero trayecto del reflejo luminoso, es imposible dar una explicación completamente satisfactoria de ese trastorno pupilar, el más importante de todos bajo el punto de vista diagnóstico.

Para completar el estudio de los trastornos del reflejo pupilar luminoso, debo ocuparme de la reacción hemiópica de Wernicke y de la reacción paradójica de la pupila.

La primera, muy importante teóricamente para el diagnóstico topográfico de las hemianopsias, carece aún de un sólido fundamento anatómico; consiste en la abolición de la reacción pupilar para las impresiones luminosas que interesan una mitad de la retina, conservándose para las que afectan á la otra mitad, é indica, según el esquema clásico de las vías ópticas, una lesión de éstas, situada entre el quiasma y la parte posterior del tálamo óptico; más allá de esta última región, entre ella y la corteza occipital, la lesión de la vía óptica dará lugar también á hemianopsia, pero con reacción pupilar normal para las impresiones luminosas partidas de ambas mitades retinianas, pues se supone que las fibras pupilares se separan de las que conducen las sensaciones visuales conscientes á nivel del pulvinar.

Este es el fundamento teórico del fenómeno; en cuanto á su comprobación práctica, no se ha conseguido aún demostrarla con evidencia indiscutible, por más que se citan varios casos clínicos en su apoyo; entre otros, los siguientes: uno de Wernicke (citado por Kerfoot Shute, loc. cit.), de traumatismo craneal, con monoplegia braquial, hemianopsia y reacción hemiópica por lesión de la cinta óptica y del pedúnculo cerebral; otro de Henschen (ídem), de hemianopsia intermitente por tumor de la duramadre sobre la hendidura de Silvio, con trastornos circulatorios; otro de Leyden (ídem), con hemiplegia, parálisis facial, ptosis, hemianopsia y reacción hemiópica, todo en un mismo lado, por un tumor que interesaba el pedúnculo cerebral, la cinta óptica y el núcleo lenticular; otro de Friedlaender y Kempner (*Neurologisches Centralblatt*, núm. 23), de hemiplegia, hemiatrofia lingual, hemiparálisis del velo del paladar, hemianopsia y reacción hemiópica, todo á la izquierda, con meningitis gomosa basilar.

Una de las causas que disminuyen en la práctica el gran valor

Digitized by Google

teórico de la reacción de Wernicke es la dificultad de explorar aisladamente cada mitad de la retina sin que ninguna impresión luminosa alcance simultáneamente á la otra mitad. Generalmente se hace esta exploración en cámara oscura, entre dos observadores, uno de los cuales vigila los movimientos del iris, mientras que el otro cuida de proyectar sucesivamente sobre cada mitad retiniana un haz luminoso reflejado por un espejo cóncavo de oftalmoscopio. Para evitar más seguramente la difusión de los rayos luminosos, Fragstein y Kempner han inventado un aparato consistente en un tubo ennegrecido interiormente y provisto de una lente, mediante la cual se proyecta un pincel luminoso sobre la parte de la retina que se desea explorar.

Yo he ideado un artificio aún más sencillo, constituido por una pantalla de hoja de lata ahumada ó de madera pintada de negro, con un agujero central por el que pasa un haz de rayos luminosos, los cuales se concentran mediante una lente y se dirigen á la región de la retina que se desea reconocer. Es indispensable siempre hacer la exploración en cámara oscura, procurando que la intensidad del foco lumínico y el ángulo de incidencia del haz de rayos sean los mismos para una y otra mitad retiniana.

Estas dificultades técnicas hacen que la reacción heiniópica tenga mayor valor positivo que negativo, pues cuando falta cabe la sospecha de que su ausencia sea debida á algún defecto de observación; en cambio, su presencia bien comprobada en un caso de hemianopsia es un importante indicio de que la lesión interesa á la vía óptica entre el quiasma y el pulvinar.

Schwarz (cit. por Bumke, loc. cit.) ha observado un caso de rigidez pupilar hemiópica sin hemianopsia, explicable por una lesión de las fibras pupilares localizada en un punto donde ya se han separado de las fibras visuales; es decir, según la doctrina clásica, en el territorio del cuerpo geniculado externo y del tubérculo cuadrigémino anterior; este caso puede considerarse como un ejemplo de signo de Argyll-Robertson hemiópico.

La reacción luminosa paradójica de la pupila consiste en su dilatación cuando la intensidad lumínica aumenta, y en su contracción cuando disminuye. En la mayoría de los casos esta reacción paradójica se explica por una abolición ó, por lo menos, fuerte disminución del reflejo luminoso y por la simultánea acción de alguna de las otras causas que provocan los movimientos del iris, á la vez que se explora la reacción luminosa; de suerte que para admitir de modo indudable la existencia de la reacción paradójica propiamente dicha hay que colocarse en tales condiciones de observación que el iris no sea influenciado nada más que por las variaciones de la intensidad luminosa, descartando todas las demás influencias, á sa-

Digitized by Google

ber: excitaciones psíquicas y sensitivas, movimientos de convergencia y divergencia oculares, de oclusión palpebral, etc. Así, por ejemplo, una pupila rígida á la luz puede dilatarse por un aumento de iluminación si á la vez se verifica una relajación de la acomodación, y lo mismo ocurrirá si la mayor intensidad lumínica se obtiene haciendo abrir los ojos previamente cerrados.

El fenómeno llamado *hippus*, del que ya me he ocupado, también puede dar lugar á confusión con la reacción paradójica.

A pesar de todas estas restricciones, no puede negarse la existencia de este fenómeno, pues Piltz (Bumke, loc. cit.) ha reunido cinco casos que considera como perfectamente típicos y libres de toda objeción: son los de Betcherew (meningitis sifilítica), Morselli (parálisis general), Leitz (meningitis tuberculosa), Silex (traumatismo craneal) y Piltz (tabes presunta).

Es discutible si la lesión que determina la reacción paradójica á la luz debe localizarse en el trayecto centrípeto ó en el centrífugo del arco reflejo, problema que debe ser resuelto por el examen del reflejo directo y del consensual; hasta ahora en todos los casos bien estudiados y limpios de toda sospecha de error de observación parece tratarse, á juzgar por el estado del reflejo consensual, de una alteración de la vía centripeta (Bumke).

Carecemos aún de una explicación satisfactoria de la reacción paradójica. Betcherew, en el caso citado más arriba, supone que pudiera tratarse de un estado de debilidad, de agotamiento fácil y rápido de las vías y centros pupilares, con lesiones en vías de regresión (el fenómeno se observó en el período de mejoría de la enfermedad), de modo que una impresión luminosa intensa ó duradera daría lugar á la pronta fatiga del aparato reflejo y á la dilatación pupilar consiguiente. Piltz compara la reacción pupilar en estos casos á la inversión de la fórmula polar en la reacción de degeneración; pero este símil en nada aclara la naturaleza del proceso.

Las alteraciones de los restantes mecanismos motores del iris son menos importantes que las del reflejo luminoso, y por eso voy á ser mucho más breve en su exposición.

En el capítulo anterior he demostrado la conveniencia de reunir el reflejo sensitivo-sensorial y el psíquico bajo la denominación de reflejo psico-sensitivo, y, siguiendo en lo patológico este criterio unicista, voy á ocuparme de sus trastornos, considerándole como un acto de mecanismo idéntico, aunque sean variables las causas que le provocan; en el capítulo siguiente, consagrado á la exposición de los síntomas pupilares en las enfermedades nerviosas en especial, será ocasión de desintegrar esta unidad fundamental, estudiando separadamente los trastornos pupilares en las afecciones del cerebro, de la medula cervical, del gran simpático, etc.

Digitized by Google

La inmovilidad pupilar para las excitaciones sensitivas, salvo muy raras excepciones, acompaña siempre á la inmovilidad para las impresiones luminosas, constituyendo la rigidez refleja completa, que no debe confundirse con la rigidez absoluta ó total, pues ésta supone la abolición, no sólo de los movimientos reflejos, sino también de los sinérgicos.

Aunque generalmente se admite que el simpático cervical influye en el reflejo pupilar sensitivo, no faltan ejemplos de destrucción de aquél con persistencia de dicho reflejo (véase el capítulo anterior; de modo que son de muy escasa valía las consecuencias diagnósticas que de sus alteraciones pueden deducirse. Más importante es el complejo sintomático que se conoce con el nombre de síndrome óculo-simpático ó de Horner, constituído por la asociación del estrechamiento de la abertura palpebral, la enoftalmía y la miosis, indicio de una lesión destructiva del simpático cervical, de la primera rama comunicante dorsal ó de la porción inferior de la medula espinal.

El reflejo pupilar de origen cortical es resultado de tan numerosos y variadísimos procesos psíquicos, sensoriales, sensitivos, conscientes é inconscientes, que su desaparición sólo es posible en los estados de completa inhibición de las funciones cerebrales ó de profunda concentración de toda la actividad mental en una sola dirección, de modo que se suspenda la inestabilidad psíquica normal, el incesante rielar de las representaciones ideativas, quedando la vida cerebral como coagulada, como *figée,* según la gráfica expresión francesa; tal ocurrirá en los estados de coma, de angustia, de estupor, de éxtasis, etc.

Se ha descrito por Langendorf (Bumke, op. cit.) una dilatación paradójica de la pupila, consecutiva á la extirpación del simpático; pero este fenómeno no es más que una curiosidad sin trascendencia práctica alguna.

Mayor importancia tienen los experimentos realizados para demostrar la influencia que el cerebro ejerce sobre la motilidad del iris. Bach y Meyer (*Graefe's Archiv für Ophtalmologie,* Bd. LIX. 2 H.) han demostrado que la extirpación en los gatos de un hemisferio cerebral no produce alteración alguna ni en el reflejo luminoso ni en el sensitivo; pero la ablación de ambos hemisferios da lugar á la abolición de éste; es decir, que la pupila es incapaz de dilatarse por las excitaciones sensitivas, mientras que el luminoso permanece indemne.

En cuanto al llamado reflejo psíquico de Haab, ya se ha visto en el capítulo anterior que su realidad es muy discutida, sospechando Bumke (loc. cit. y *Versammlung der sudwestdeutschen Neurologen u. Irrenärtze,* Baden-Baden, 1903) que no siempre se han evi-

Digitized by Google

tado los errores de investigación, y reduciéndole á la categoría de un caso particular del reflejo psico-sensitivo ó á un trastorno patológico, pudiendo en este último concepto asimilarse á los fenómenos observados en los estados crepusculares histéricos (véase el capítulo I). Sin embargo, Bach (*Neurologisches Centralblatt*, número 23, 1903) declara que le ha observado en un caso en el que eliminó cuidadosamente toda causa de error, aunque reconoce que, en el estado actual de nuestros conocimientos, es imposible sacar de su examen deducciones diagnósticas de algún valor.

Las alteraciones de los movimientos sinérgicos del iris son más raras que las de los reflejos, pareciendo aquéllas poseer mayor resistencia que éstos á las lesiones destructivas; así, una perturbación progresiva del sistema inervador del iris puede manifestarse durante algún tiempo únicamente por una rigidez pupilar refleja, interesándose después también los movimientos sinérgicos, é inversamente, en los casos de oftalmoplegia interna en vía de regresión, aparecen antes los movimientos asociados que los reflejos.

La abolición de los movimientos sinérgicos del iris indica una lesión del centro ó de las vías nerviosas centrífugas que le animan, es decir, del núcleo del óculo-motor ó de las fibras que de él parten: se ignora á punto fijo cuál es el sitio de enlace entre los sistemas inervadores de los músculos asociados (esfínter irídeo, ciliar, recto interno, orbicular, palpebral); pero los casos de parálisis de algunos de estos músculos, con conservación de la reacción pupilar sinérgica, parecen indicar que la conexión es central. Por consiguiente, la importancia diagnóstica de los trastornos de los movimientos pupilares sinérgicos estriba en que significan una alteración de la rama centrífuga del arco de inervación del iris.

Lo mismo que para el reflejo luminoso y para el sensitivo, se ha descrito una reacción pupilar paradójica ó inversa para la acomodación, es decir, una dilatación en la visión próxima. Piltz (cit. por Spiller, *Philadelphia Médical Journal*, 2 Mayo 1903) explica este fenómeno por una paresia del recto interno, que en la visión próxima sostenida daría lugar á una desviación del globo ocular hacia afuera, es decir, á una divergencia y á la dilatación pupilar consiguiente; pero Spiller (loc. cit.) menciona dos casos en los cuales sin paresia del recto interno se producía la dilatación de la pupila en cuanto tenía lugar la acomodación y convergencia.

En cuanto al fenómeno del orbicular, reacción pupilar á la oclusión palpebral ó fenómeno de Galassi-Westphal-Piltz, tiene importancia diagnóstica, como demostración indirecta de la disminución de la reacción pupilar á la luz, pues siendo ambos fenómenos antagónicos en las condiciones naturales de observación, la debilitación del uno ha de dar lugar al refuerzo del otro; sobre todo, tiene valor

Digitized by Google

este signo cuando es unilateral ó cuando hay notable diferencia entre su intensidad en uno y otro lado (A. Westphal: *Neurologisches Centralblatt*, núm. 22, 1903).

Para terminar: la total inmovilidad del iris constituye la rigidez pupilar absoluta, debida, en general, á una parálisis del óculo-motor por lesión de su núcleo, de sus raíces, de su tronco ó de sus ramas; algunas veces es debida la rigidez pupilar, no á una parálisis, sino á una contractura del iris, de origen cortical casi siempre (afecciones cerebrales que aumentan la presión intracraneal, accesos epilépticos é histéricos). Se distinguirá la inmovilidad irídea paralítica de la contractural porque en la primera habrá midriasis y en la segunda miosis, y por los síntomas asociados (parálisis del ciliar, de los músculos extrínsecos del ojo en un caso, signos de excitación cortical, de hipertensión intracraneal en el otro). En cuanto á la localización de la lesión en los casos de rigidez absoluta paralítica, se fundará en el grado de extensión de la parálisis (disociada, parcelaria, si la lesión radica en el núcleo ó en las ramas del óculomotor, mientras que si asienta en su tronco estarán interesados todos los músculos inervados por él) y en los síntomas concomitantes; pero este asunto debe ser discutido en el capítulo siguiente, al tratar de los signos pupilares de las oftalmoplegias.

(Continuará.)

AMPLIACIÓN DE LA AUSCULTACION MÉDICA

POR D. MANUEL MALUQUER

Aumentar los medios de observación del funcionamiento interior de la máquina humana es ensanchar los horizontes del campo médico.

Los políscopos y fotóforos, llevando la luz al interior de algunas cavidades orgánicas inaccesibles, facilitan la inspección visual de las mismas, y se puede así juzgar de su estado de deterioro ó de su recubrimiento por concreciones nocivas. Los cardiógrafos, esfigmógrafos y miógrafos nos dan el movimiento del corazón, de la sangre en sus vasos circulatorios y de los músculos al contraerse, dibujando una curva por medio del polígrafo Marey. Con los rayos X se obtienen fotografías-siluetas de parte del organismo humano. La auscultación directa permite averiguar si cada órgano funciona bien, si han sufrido éstos deformaciones, si se originan rozamientos perjudiciales, si contienen sólidos, líquidos ó gases extraños, si se verifica algún escape, si las válvulas cumplen á perfección su cometido, si los tubos de líquido sanguíneo están expeditos, si la ley de movimiento de cada elemento y su relación con los de los demás

Digitized by Google

no se altera, si el tiro en los pulmones se verifica en buenas condiciones para quemar todo el combustible, si los músculos tienen la carga necesaria de explosivo, si el armazón óseo no presenta señales de descomposición ó fractura, si las líneas neuro-telegráficas están francas; si existe, en una palabra, ese equilibrio dinámico que se llama *salud*, ó cuáles son las piezas deterioradas del mecanismo, para poderlas reparar antes de que, perdiendo la fuerza viva de que están animadas, lleguen á convertirse en un montón de mineral. Es materia cuanto se mueve, y, como tal, hay rozamientos, hay vibraciones, hay choques y, por tanto, *ruidos*, más ó menos perceptibles, que constituyen el murmullo mecánico del taller de la vida.

***

La *auscultación médica*, ó método clínico para percibir y apreciar con el oído los ruidos producidos en la profundidad de nuestros órganos, presta sin cesar servicios inmensos é innegables no sólo para el diagnóstico, sino también para el pronóstico y tratamiento de muchas enfermedades. Por ella, sin necesidad de consultar al paciente, se conoce la naturaleza de aquéllas, su grado de desarrollo, su extensión, su marcha y su lugar, en el viejo, en el adulto y, sobre todo, en la infancia.

Desde que Richardson y Boudet aplicaron el teléfono y el micrófono á la auscultación, se ha ensanchado su horizonte, á la par que ha ganado en precisión y exactitud, dentro de los límites que ya tenía, disociando los sonidos. Han desempeñado el papel del microscopio en el progreso de la ciencia biblógica. Mas así como éste pidió en seguida su ayuda á la fotografía para divulgar sus descubrimientos, aquéllos deben pedirla al fonógrafo con el mismo objeto.

Su estilete escribirá sin vacilar la enfermedad que sufre el paciente; los extraños caracteres de esta escritura únicamente dicho aparato los podrá leer, y en lenguaje inteligible tan sólo para el médico experimentado.

Escasos serían los conocimientos humanos si todos debieran adquirirse directamente por experiencia personal. La imprenta y la fotografía nos entregan bajo forma asimilable las realizadas por otros.

¿Por qué no hemos de almacenar la experiencia que por el sentido del oído se recoge, y no la hemos de divulgar, cual hacen la fotografía y la imprenta?

En la auscultación se ha sentido y se siente un vacío. El médico necesita adquirir la experiencia necesaria para conocer cada sonido aislado, á qué órgano pertenece y qué estado fisiológico ó patológico

Digitized by Google

suyo acusa; distinguir ó separar mentalmente unos ruidos de los demás que le acompañan y que á veces se superponen, y conocer la fase ó período de la enfermedad por el incremento de aquéllos. Y eso no se aprende en los libros, sino en la clínica, auscultando un sinnúmero de hombres sanos y enfermos. Pero es el caso que las ocasiones de observar fenómenos patológicos faltan á menudo, son escasos, y se ha tenido que recurrir muchas veces á los cadáveres, procurando reproducir en ellos artificialmente esos ruidos.

Para llenar en parte ese vacío, propuso M. Collongues su *pneumóscopo*, tórax artificial provisto de tubos de caucho en comunicación con un fuelle; pero ha tenido poca aplicación en la práctica.

La auscultación no llegará á reportar toda la utilidad que de ella se debe esperar hasta que el mismo enfermo sirva de campo de experimentación á centenares de médicos, á través de varias generaciones y en distintos lugares, y se pueda realizar su estudio aislado y detenido en el gabinete. La vida del paciente se extinguirá, pero se conservará el extracto patológico necesario para seguir estudiando en él la enfermedad precursora de su muerte. La clínica será universal, fundiéndose en una sola las de todo el mundo.

Para conseguirlo, no habría más que asociar el fonógrafo al micrófono, imitando al telefonógrafo Lagriffe. Aparatos muy sensibles para recoger los sonidos de la interioridad de nuestro organismo son el micrófono estetoscópico de Ducretet, el esfigmófono y miófono de Boudet, el micrófono de Boyer y Trouvé, etc. Sustituyamos el receptor de estos aparatos por la boquilla del fonógrafo, y podremos guardar grabados esos sonidos en una placa, y reproducirlos á voluntad.

Acaso por la débil intensidad de alguno de éstos permanezca sordo el fonógrafo á ellos; pero esta dificultad se puede salvar interponiendo entre ambos aparatos el electro-motógrafo Edison, que, desempeñando en el receptor telefónico el mismo papel que el micrófono en el transmisor, multiplica extraordinariamente la intensidad del sonido, siendo tal su sensibilidad que se acusan en él aun las débiles corrientes que no impresionan á los electroimanes, y que no se han oído hoy aún, por consiguiente, con los delicados micrófonos antes citados.

Si se pudiese además grabar el sonido, como hace el gramófono Berliner, en rizada espiral sobre un disco, sería posible obtener un tercer aumento de intensidad de aquél por medio de una ampliación fotográfica, empleando sus fonogramas como clichés para la impresión sobre papel, y de ésta obtener por el fotograbado un nuevo cliché ampliado, utilizando así todos los progresos de la microfotografía. Bajo la forma de impresión en una simple hoja de papel

Digitized by Google

ó en la de grabado en hueco, en lámina de caucho ó de metal, todos los ruidos internos que constituyen el proceso de una enfermedad podrían figurar en las páginas de un libro. ¡Extraña pero útil biblioteca la que formarían esos tomos en la estantería del médico! Agrupados en secciones por enfermedades, podría éste, presentando al fonógrafo las hojas sueltas del libro, auscultar á un paciente que fué un caso patológico especial y caracterizado en un hospital de Londres, New-York, etc. ¿Qué importa el lugar, si por este medio puede el médico asistir á todos?

La posibilidad de la repetición de cada auscultación tanto como se quisiera traería consigo el descubrimiento de ciertos detalles de enlace de unos ruidos con otros, que hoy pueden pasar desapercibidos con una sola audición.

Con el fonógrafo se puede aumentar la eficacia de la auscultación en el campo circulatorio-respiratorio ó *sanguíneo* al ampliar considerablemente el conocimiento experimental, poniendo en relación á todos los médicos, aun los que vivan en apartada aldea, con todas las clínicas del mundo; pero aún la auscultación puede ensanchar más sus horizontes acogiendo en su campo otra gran familia patológica á que hoy no llega: *la neurópata.*

Las vibraciones nerviosas escapan al oído humano, y, sin embargo, sería posible arrancar ayes de dolor á la placa del teléfono que tuviese en su circuito la parte de red hiperexcitada por un dolor físico, ó balbucear el lánguido movimiento vital del anémico.

***

Matteucci y Du Bois-Raymond mostraron la existencia de la *corriente nerviosa* de tensión de 0,030 á 0,080 voltios, capaz de desviar la aguja imantada, influir en el electrómetro y descomponer una solución de ioduro de potasio; y Becquerel atribuyó su origen á las reacciones químicas que en la nutrición se verifican, especialmente en la absorción de oxígeno y desprendimiento del ácido carbónico á través de los vasos capilares.

Dos líquidos, ó un gas y un líquido separados por una membrana porosa, engendran una fuerza electromotriz capaz de combinar las dos sustancias según las leyes de afinidad química, siendo la endósmosis y exósmosis su efecto, y representando las dos caras de la membrana los dos polos de una pila voltaica.

La semejanza de las corrientes electrogénicas con las voltaicas es grande: reacciones químicas y membranas porosas en un vaso (los capilares en nuestros tejidos), y un alambre (nervio) que une los electrodos.

La *excitación* ó *irritación nerviosa* lleva consigo una disminución de intensidad en la corriente normal, por la producción de otra

Digitized by Google

en sentido contrario; una *oscilación eléctrica negativa,* como la llama Rosenthal (1). Su presencia está comprobada en diversas experiencias, y su velocidad medida: treinta metros por segundo. Du Bois-Raymond, y con él otros observadores, han probado que dicha *oscilación negativa* acompaña *á toda* excitación nerviosa.

Una de las experiencias hechas ha sido en el sentido de la vista. Se extirpó un ojo con una parte de nervio óptico; se puso éste en comunicación con un galvanómetro, y en cuanto se dejó llegar al ojo un rayo de luz, la corriente nerviosa del nervio óptico presentó instantáneamente la *oscilación negativa.*

Hasta aquí tenemos ya que, aplicando el teléfono á un nervio, existe una primera posibilidad de que funcione; está en su ambiente; existe una corriente eléctrica, y se diferencian, por de pronto, en *intensidad* la normal y la que existe cuando el nervio está en actividad.

La tensión de ésta es más que sobrada, pues basta para el teléfono una de 0,0005 voltios; y en cuanto á intensidad, le son suficientes 0,0000000006 amperios. Es el galvanoscopio más sensible.

Mas para que palpite la placa del receptor es necesario que la corriente que la excite no sea continua, sino intermitente (directa ó alterna), pulsatoria ú ondulatoria.

La corriente nerviosa que transmite al cerebro las impresiones que se producen en la periferia de nuestro cuerpo ó de aquél á ésta, los impulsos de motricidad, ¿es continua ó no? Creo que no; es variable, ondulatoria.

La diferenciación, la división del trabajo, se quiere llevar á tal extremo por algunos en nuestro organismo, que, á más de separar á los nervios motores de los sensitivos y sensoriales, se propone la existencia de nervios especiales en cada punto de la piel para la sensación *táctil*, de la *presión* y de la *temperatura*, dentro del sentido del tacto; y acompañando á todos ellos otros nervios para la transmisión del dolor, que tampoco consideran únicos, sino uno para cada una de las clases de éste que existen. ¡Y son doce nada menos los generales! En honor de la verdad, la ciencia no se ha decidido aún á admitir nervios especiales para el dolor.

---

(1) Por ser ésta la teoría admitida, no entro en disquisiciones en el texto sobre la naturaleza de dicha corriente, puesto que es indiferente para el razonamiento que hago: pero mi opinión (quizá nacida por falta de conocimiento en la materia) es que la excitación nerviosa no produce ninguna corriente en sentido contrario, sino un aumento de resistencia en el conductor nervioso, lo cual produce la disminución notada de intensidad en la corriente normal permanente, á semejanza del gran principio en que se funda el micrófono: con una pequeña cantidad de energía producir grandes variaciones en una corriente independiente establecida normalmente, de más intensidad. Contribuye á afirmarme en esta idea la semejanza de la estructura de un *bastoncito* de la retina y la de la pila de selenio del fotófono de Graham Bell.

Digitized by Google

Todo procede de haber supuesto que la corriente nerviosa es continua. Pero esto no se ha probado, pues la aguja del galvanómetro, que es la que hasta ahora ha servido para las experiencias, no puede acusar variaciones rapidísimas de una corriente pulsatoria ú ondulatoria, cuyas variaciones de intensidad sean pequeñas y rápidas respecto de la intensidad general ó común. En el teléfono se acusarán si existen.

Una de las pruebas que se presentan para apoyar la existencia de las varias clases de nervios táctiles es que se pueden sentir á la vez el tacto, la presión, la temperatura y el dolor, y que se pueden anestesiar algunas de estas sensaciones é hiperestesiar otras.

En cuanto á lo primero, es necesario no olvidar que pueden por un solo conductor marchar juntas varias corrientes de distinta ley ondulatoria, y separarse luego en el receptor, como en el telégrafo armónico de Elisha Gray.

Y respecto á lo segundo, ¿se anestesia el nervio ó la célula sensitiva correspondiente á ese punto de la piel en el cerebro? Dado el modo que tenemos de *percibir* las sensaciones, existirá quizá esa diferenciación extremada en las células de la corteza cerebral, pero no en el cable conductor.

Ya Bernstein duda de que los sentidos de la presión y de la temperatura sean uno mismo; y Mantegazza lanza la idea de que acaso las sensaciones de presión, movimiento, calor y dolor tengan una causa fisiológica común.

Hoy se reconoce que el tacto y el dolor son percepciones cerebrales en células distintas, y llegan á ellas por distinto camino; pero esa bifurcación, esa clasificación de sensaciones se hace en el bulbo. Hasta él pueden llegar reunidos, viajando juntos por el mismo *alambre*.

Y si no hay fibras especiales para cada clase de dolor, ¿cómo se han de diferenciar éstas más que por su distinta ley *de variación* de la corriente nerviosa originada por distinta vibración del aparato terminal? No es por la diferencia de intensidad; dentro de la misma clase los dolores son más ó menos intensos.

La experiencia ha enseñado que la corriente eléctrica continua, sea cualquiera su intensidad, no produce efectos de sensibilidad y motricidad en los nervios y músculos, sino efectos electrolíticos de nutrición; en cambio aquellos efectos aparecen con la corriente variable (ondulatoria ó pulsatoria) en que oscila la tensión ó voltaje aunque la intensidad sea débil. ¿No será, pues, también *variable* la corriente nerviosa que la naturaleza utilice para sus mandatos á los músculos?

M. Parinaud, en su teoría de la visión, después de examinar todas las propuestas hasta el día, sostiene la hipótesis, corroborada

Digitized by Google

por varios hechos, de que la sensación de los colores no es debida á diferencias anatómicas, á que haya distintos nervios para los tres colores fundamentales, sino á que las distintas modalidades del agente físico luminoso producen distintas modalidades en la corriente nerviosa de la fibrilla neúrica que arranca de cada punto de la retina.

La teoría de Parinaud para el nervio óptico es la que consideramos se puede aplicar á todas las demás neuronas del sistema nervioso.

La *oscilación negativa* de la corriente nerviosa debe producir *un sonido* en el teléfono; una nota más ó menos aguda, según la *clase* de excitación; más ó menos intensa, según el *grado* de irritabilidad. Una vez conocidas por la experiencia las notas de cada clase de dolor, conoceremos si éste es debido á una maceración, á una quemadura ó á un desgarramiento de un tejido. La gama del dolor será transformada en gama musical. ¿Será una sola nota, ó un conjunto de notas lo que se oiga en el teléfono? La experiencia lo dirá; el fonógrafo debe recogerlas para hacer su estudio detenido en el gabinete. Para obtener un buen fonograma de las funciones nerviosas, convendrá que los sentidos estén hiperexcitados, como se consigue obtener, por ejemp o, en la hiperestesia hipnótica.

Se presenta la dificultad de poner en el circuito del teléfono al nervio cuya actividad queremos examinar; ¿pero de nada nos servirá la aplicación de las corrientes inducidas?

M. Eric Gerard, aprovechando los efectos de la inducción telefónica para reconocer las roturas de los cables, usa el teléfono provisto de una bobina, cuyo núcleo, de hierro dulce, se hace correr á lo largo de ellos sin que exista contacto alguno. ¿No podrá aplicarse un aparato análogo más perfeccionado para reconocer las corrientes que circulan por los *cables* nerviosos?

Aparte de esto, acaso dé algún resultado inmediato la aplicación del teléfono en los mismos puntos que para cada órgano aprovecha la electroterapia para lanzar una corriente por determinados nervios.

Cuanto hemos dicho sobre el dolor físico puede aplicarse lo mismo á la auscultación de las corrientes musculares y óseas.

***

Quizá las experiencias que propongo echarán por tierra las ilusiones consignadas; pero ¿por qué no intentarlas? Quizá hayan sido ya ensayadas ó propuestas por otros; no pretendo en tales casos atribuirme ideas ajenas, sino divulgarlas y hacer su propaganda.

Creo que la sustitución del teléfono al galvanómetro en el estudio de las corrientes nerviosas debe ensayarse, y que además hay

Digitized by Google

que trabajar sin tregua para la aplicación del fonógrafo á la auscultación.

Donde la energía sonora no existe, usemos como intermedia la eléctrica, la calorífica, la de la luz negra neúrica. No hay valla para el teléfono; todo consiste en dotarle del aparato terminal más conveniente para oir á través de la dermis, de los huesos, del neurilema, del cráneo y membranas del cerebro.

Así se completará la obra de Laennec, que tanto admiró á sus contemporáneos: penetrar con el oído en el interior de la complicada máquina humana.

Madrid, Febrero de 1906.

TRATAMIENTO LOCAL DE LAS INFECCIONES PUERPERALES POR EL IODO

POR EL DR. A. MARTÍNEZ CERECEDO

Del Instituto Rubio.

Por más que la fiebre puerperal pueda tener su origen en heridas vulvo-vaginales, es indudable que la puerta de entrada más general se halla en las heridas traumáticas producidas en el cuello de la matriz durante la expulsión fetal, y sobre todo en la superficie uterina donde estuvo inserta la placenta.

En armonía con estas diferentes puertas de entrada de la infección debe instituirse la terapéutica adecuada al caso clínico, cuya terapéutica, si es empleada oportunamente, resultará siempre eficaz.

La observación imparcial de varios casos de infección puerperal tratados recientemente me autorizan á afirmar que el tratamiento local adecuado en cada caso resulta siempre heroico empleado en los primeros días de la infección con la asiduidad necesaria y la técnica que luego referiré.

Es verdaderamente desconsoladora la aseveración hecha por eminentes tocólogos de que «la fiebre puerperal corresponde á aquellas enfermedades en las que la profilaxia es el todo y la terapéutica, en los casos graves, poco más que nada, y que los lavados uterinos no tienen ya objeto alguno cuando la infección se ha desarrollado, por lo cual deben abandonarse, pues no dejan de ser peligrosos».

Sostener esta afirmación equivale á afirmar que en un caso de septicemia, del dominio de la cirugía general, se abandone el tratamiento local de la herida que ha servido de entrada á la infección.

Es verdad que los lavados uterinos en caso de una infección puerperal intensa son laboriosos, exigiendo por parte del que los practique mucha paciencia y tiempo disponible para consagrarlo á

Digitized by Google

cuidar una puérpera en tales circunstancias, tanto más cuanto que el hecho de encargarse de una asistencia en esta forma significa renunciar á la asistencia de partos y hasta á intervenciones ginecológicas por temor de propagar la infección; pero esto no justificará nunca que se prescinda del tratamiento local de la infección puerperal, que en un principio es el único etiológico; esto es, que combate la causa de la infección en su puerta de entrada. Por esto es preciso previamente diagnosticar el origen de la infección y determinar, por lo tanto, si ésta se realiza á consecuencia de un desgarro del periné, del cuello ó por la herida placentaria, pues, como es lógico, ha de variar la terapéutica según el sitio de entrada de los microorganismos patógenos.

El diferente pronóstico de la fiebre puerperal, según que la infección se alimente por úlceras gangrenosas vulvo-perineales, por rasgaduras cervicales infectadas, ó según que tome su origen en el endometrio, depende precisamente de que el tratamiento es más sencillo en el primer caso que en el segundo, y en éste que en el tercero, pues en los dos primeros casos pueden ser suficientes exclusivamente lavados vulvo-vaginales asépticos y toques con una sustancia desinfectante, y en el último es suficiente también la misma conducta, pero su técnica más difícil. Ahora bien: si en los dos primeros casos es evidentísima la eficacia del tratamiento local indicado, ¿por qué teniendo lugar la infección en el endometrio, y siendo de la misma naturaleza, no ha de reclamar el mismo tratamiento y no se ha de lograr el mismo éxito que cuando la puerta de la infección está más baja, más accesible, y por lo tanto más susceptible de una terapéutica local? Y sin embargo, es positivo que las fiebres puerperales adquiridas por infección de la herida placentaria son más graves; pero la razón de esta mayor gravedad radica precisamente en ser más difícil la desinfección alta del conducto útero-vaginal, y á la vez en que tiene peligros la desinfección hecha sin la asepsia, el hábito y las precauciones debidas.

No significa esto que no sea peligrosa la fiebre puerperal adquirida por infección vaginal; lo que hay es que ante una úlcera gangrenosa, verbigracia, de la vulva ó vagina, cuyo diagnóstico y terapéutica está al alcance de todas las fortunas, no caben vacilaciones ni dilaciones esperando inútilmente el efecto de antitérmicos, dando tiempo á que la infección se generalice y salga de los límites de esfera de acción del tratamiento local, sino que el más miope no pierde un tiempo precioso esperando el benéfico efecto de la terapéutica general y se va directa é inmediatamente á la desinfección local de la solución de continuidad ó puerta de entrada de la fiebre puerperal.

Como yo entiendo que en la actualidad no tenemos medios de

Digitized by Google

diferenciar *á priori* los casos en que la fiebre puerperal cede á beneficio de los recursos locales, de aquellos en que aun destruído ó eliminado el punto de origen de la infección general ésta constituye, independientemente del acceso sucesivo de microorganismos y toxinas procedentes de la primitiva infección local, una infección general, de aquí la imperiosa y urgente necesidad de iniciar y continuar el tratamiento local con irrigaciones vaginales ó uterinas el tiempo necesario hasta convencerse de la inutilidad de la terapéutica local, que por otra parte jamás será perniciosa empleada por manos expertas.

Insisto sobre este particular porque es un error, en mi opinión, lo aconsejado por Budin; esto es, suspender los lavados uterinos si la fiebre no desciende al cabo de veinticuatro horas del lavado de la matriz (1). El consejo dado por Pinard de abandonar el lavado úterovaginal si después de la segunda inyección se comprueba una ascensión constante de temperatura y una aceleración del pulso, tampoco lo conceptúo juicioso (2).

La conducta seguida por Tarnier es la que considero más beneficiosa para las puérperas infectadas, habiendo yo llegado á hacer ocho y hasta diez irrigaciones uterinas, al final de las cuales he logrado dominar la infección casi siempre.

Los casos en que con una ó dos inyecciones uterinas desaparece la fiebre, ó son ligeras endometritis pútridas ó no son infecciones uterinas.

La infección séptica reclama siempre mayor número de lavados uterinos; pero he visto casi siempre modificarse favorablemente la fiebre y demás manifestaciones de infección después de la tercera ó cuarta irrigación uterina, máxime si recurrí al iodo, como en los casos que sucintamente referiré.

Está fuera de duda que el lavado de la superficie infectada que sirve de puerta de entrada á la infección general es mucho más eficaz en los casos de fiebre saprémica; pero esto no es óbice para que las irrigaciones uterinas sean eficaces hechas al principio de la endometritis séptica, con la asiduidad necesaria, siguiendo los consejos de Tarnier, no los de Pinard y menos los de Budin.

Entre los cuatro casos de infección puerperal que voy á citar, el primero precisamente es un argumento elocuentísimo de la conveniencia de insistir en la desinfección local de la superficie infectada. Fué preciso un tratamiento de más de diez días para dominar la fiebre y demás manifestaciones: la aceleración del pulso, la cefalalgia, lengua seca y saburrosa, diarrea fétida, delirio, etc., etc.

---

(1) *Traité de l'art des Accouchements.* Tome quatrième, 681 (Tarnier y Budin).
(2) Pinard y Wallich: *L'infection puerpérale*, 118.

Digitized by Google

Entre los diferentes casos de infección puerperal tratados heroicamente con el iodo, voy á reseñar cuatro: el primero, por infección vulvo-vaginal; el segundo, por infección cervical antes del parto, que provocó prematuramente; y el tercero y cuarto, por infección séptica ó mixta del endometrio, causada por la introducción de la mano en la matriz, sin previa desinfección, para extraer la placenta, retenida por inercia y con metrorragia grave consecutiva.

Estos cuatro casos son tan demostrativos de que la profilaxia debe evitar las infecciones puerperales, como á la vez denunciadoras de la mala asistencia al parto, que constituye casi exclusivamente la única génesis de las infecciones serias y de cierta gravedad. Hoy está fuera de duda que la fiebre puerperal depende siempre ó casi siempre de una héteroinfección de las heridas de los órganos sexuales de la puérpera. Cuanto más se difunda este axioma entre las personas que asisten partos, y cuanto más se arraigue en el cerebro de los tocólogos la noción de responsabilidad, por lo menos moral, tanto más disminuirán las infecciones puerperales graves.

En la exposición de los cuatro casos de fiebre puerperal seguiré el orden cronológico, que á la vez resulta de abajo á arriba, teniendo en cuenta la puerta de entrada de la infección.

***

1.° Hace tres años próximamente fuí solicitado para ver una parturiente que llevaba en el trabajo del parto tres días. Reconocida, observé que se trataba de una primípara, la cual tenía 39° de fiebre y 120 pulsaciones. Reconocida por tacto digital, noté que la cabeza estaba detenida en la vagina y profundamente encajada, sin adelantar la expulsión á consecuencia de resistencia del periné y de inercia uterina. Auscultado el corazón fetal, no oí latido cardíaco; las secreciones útero-vaginales eran muy fétidas.

Extraje un feto muerto con el forceps, y previo lavado vulvo-vaginal, hice una irrigación uterina.

A consecuencia de la prolongada compresión producida por la cabeza fetal se produjo una extensa escara vulvo-vaginal, cuya eliminación tardó varios días en realizarse. El tratamiento empleado en la úlcera gangrenosa fué lavados asépticos y toques con tintura de iodo.

La fiebre, que osciló entre 39° y 40°, la frecuencia del pulso, que varió de 120 á 140 pulsaciones por minuto, y los demás síntomas de infección puerperal correspondientes al aparato digestivo y sistema nervioso, se fueron modificando paulatinamente desde el quinto día del puerperio, haciéndose la fiebre intermitente al décimo para extinguirse en absoluto al décimoquinto.

Digitized by Google

A pesar de los lavados vulvo-vaginales y de los cuidados de la herida consecutiva á la eliminación de la escara, surgió una retracción cicatricial tan pronunciada, que algunos meses después tuve que operarla en el Instituto Rubio, pues la estrechez vulvar no permitía la cópula.

La iniciación de la mejoría reflejada en la temperatura, pulso y demás síntomas generales coincidió con el empleo de la tintura de iodo, dándose el caso que algunas horas después de las curas con el iodo había siempre una remisión ostensible en las manifestaciones patológicas de esta puérpera.

***

2.° Hace próximamente un año reconocí á una embarazada que se hallaba en el séptimo mes de la gestación. El cuello, hipertrofiado y prolongado, salía fuera de la vulva, y tenía un aspecto sucio, infiltradísimo y mojado por un líquido purulento y muy fétido. Tenía además 38°,5, 100 pulsaciones, cefalalgia, malestar general, etc.: previo lavado con una solución de permanganato potásico, le reduje el hocico de tenca, aconsejándole que se acostara, que hiciera lavados vulvares con agua sublimada y que cubriera la vulva con algodón aséptico y lo sujetara con un T de ano para evitar que el cuello de la matriz se pusiera en contacto con las ropas de la cama. La previne que probablemente pariría prematuramente, y en efecto, á los dos días soy solicitado para asistir al parto. Ya iniciado éste, intenté desinfectar minuciosamente la vulva, vagina y, sobre todo, el cuello, con el fin de disminuir las probabilidades de la difusión de la infección al cuerpo uterino.

Verificado el parto prematuramente sin accidente alguno, ordené á la comadrona que hiciese dos irrigaciones vaginales diarias con sublimado al 0,25 por 1.000, con la precaución de que el irrigador se colocase bajo y la puérpera en una posición intermedia entre la horizontal y la vertical, con el fin de que el líquido bañase exclusivamente la vagina y cuello de la matriz, sin que ascendiese en la cavidad uterina y fuese á infectar la superficie de inserción placentaria. Los tres primeros días del puerperio toqué el hocico de tenca y conducto cervical con tintura de iodo, y después continuó con las irrigaciones dichas.

Esta parturiente tenía después de la expulsión fetal 39°,5 y 139 pulsaciones; sufrió escalofríos, cefalalgia, malestar general y flujo fétido.

Al tercer día del puerperio se inició una franca mejoría, y al quinto ya estaba apirética.

En este caso no recurrí á irrigaciones uterinas por temor de infectar la herida placentaria; pero si al tercer día no hubiera mejo-

Digitized by Google

rado se las hubiese hecho, previa la desinfección vulvo-vaginal cervical: pues del mismo modo que *toda irrigación vaginal debe ir precedida de lavados vulvares,* igualmente á *toda irrigación uterina debe preceder, máxime en el puerperio, una desinfección vaginocervical, ante el temor de que la infección parta de las heridas del cuello.*

En este caso yo esperaba una infección puerperal gravísima, y sin embargo, se redujo á la más mínima expresión, gracias indudablemente al empleo del iodo y á los cuidados para que el proceso infeccioso no se propagase.

Los dos casos referidos son evidentemente hechos de infección puerperal de mediana intensidad: el 1.°, en que la puerta de entrada estaba en la vulva y vagina; y el 2.°, en que radicaba en el cuello de la matriz desde antes del parto. Este último caso no debe ser frecuente; yo, por lo menos, jamás vi otro análogo.

***

3.° El 22 de Febrero último fuí llamado en consulta para ver una parturiente primípara que había expulsado normalmente á las tres de la mañana un feto de tiempo.

Como la placenta no salía espontáneamente, ni tampoco con las maniobras realizadas por el tocólogo que asistió al parto, éste se acostó; pero á las dos horas, ó sea á las cinco, fué llamado precipitadamente porque la parturiente sufría una gran hemorragia. Intentó extraer la placenta tirando del cordón, pero éste se desprendió de la masa placentaria. Pretendió introducir la mano en el útero y extraer los anejos del feto, y no pudo arrancar más que próximamente la tercera parte de la placenta; y viendo que le era imposible vaciar solo el útero, aconsejó que me llamaran, y en tanto que yo llegaba le administró el cornezuelo de centeno para cohibir la hemorragia.

Siete horas después de la expulsión fetal, y tres ó cuatro más tarde de la administración del indicado ocitócico, previa desinfección y cloroformización, pude extraerle las dos terceras partes de la placenta retenida en la cavidad uterina.

Al día siguiente, 23, la encontré con el pulso muy frecuente y con 37°,5.

Día 24.—Cefalalgia, 38° y pulso frecuente, más frecuente de lo que correspondía á la temperatura; pero dicha frecuencia no me alarmaba, porque en puérperas que han perdido mucha sangre es frecuente contar 100 y 120 pulsaciones sin elevación de temperatura.

Día 25. — 39° por la mañana; cefalalgia, inquietud, insomnio. La purgué por la mañana, y á las siete de la noche le hice una

Digitized by Google

irrigación intrauterina de agua esterilizada, seguida de un lavado con agua sublimada al 0,25 por 1.000.

Día 26.—Por la mañana 38°, y por la tarde apirética y bienestar general.

Día 27.—Temprano sufrió un intenso escalofrío; reaparece la cefalalgia, que ya se había extinguido, y noto en mi primera visita 39°,5 y 140 pulsaciones, loquios fétidos, matriz grande y dolorida, ligero meteorismo; la fisonomía de la enferma y su estado general reflejaban una infección grave.

Le hice una irrigación uterina de agua esterilizada simplemente, y le administré un gramo de bisulfato de quinina y otro de analgesina.

Día 28.—Por la mañana 39°,5 y 132 pulsaciones; continuaba el dolor abdominal, el meteorismo, el insomnio, lengua seca y roja, sed intensa, agravándose el estado general con la aparición de dos síntomas desagradables, que eran delirio y diarrea.

Le hice una irrigación uterina de solución iódica al 1,5 por 1.000, precedida del correspondiente lavado vulvo-vaginal con agua sublimada y lavado uterino con seis litros de agua esterilizada.

1.° de Marzo. — 38°,5. La remisión de la temperatura se ostentó en todas las demás manifestaciones patológicas, y, por lo tanto, en el estado general.

Hícele el lavado uterino en la misma forma que el día anterior.

Día 2. — Continuaba la mejoría iniciada, y tenía por la mañana 38° y 120 pulsaciones; ya pudo dormir algo; el dolor en el hipogastrio desaparece, y el meteorismo disminuye. Irrigación uterina como el día anterior.

Día 3. — Remisión completa, lengua húmeda, estado general satisfactorio; pudo dormir cuatro horas, continuando el pulso frecuente, de 108 á 120 pulsaciones por minuto.

Continuó mejorando rápidamente, pudiendo levantarse de la cama el 17 de Marzo completamente apirética, pero con 120 pulsaciones, efecto de la anemia consecutiva á la metrorragia sufrida.

***

El día 15 de Abril último vi en consulta á una puérpera que el Jueves Santo por la noche había parido, teniendo después una metrorragia abundantísima.

Se trataba de una plurípara de cuarenta años, que había tenido anteriormente diez partos completamente fisiológicos. El referido jueves se inició el parto por la mañana, y siguiendo su curso con lentitud por inercia uterina, el comadrón que la asistía, creyendo que el parto se dilataría más, no tuvo inconveniente en abandonar á la parturiente el indicado día por la noche para asistir á otra.

Digitized by Google

A las once expulsó normalmente un feto vivo; pero sufrió una hemorragia tan considerable, que puso en peligro inminente su vida.

Solicitan apresuradamente la presencia de un médico, y éste, encontrándola bañada en sangre, con pulso imperceptible y en estado sincopal, no proporcionándole la familia agua esterilizada ni sublimado, y reclamando la gravedad del caso una rápida intervención, introduce la mano en el útero sin desinfectarse, y extrae en seguida la placenta, membranas y coágulos, dejando vacío el útero, al cual hizo un masaje, cohibiéndose rápidamente la hemorragia y salvando, por lo tanto, á la parturiente de una muerte segura.

El día 15 de Abril, ó sea el tercero del puerperio, soy llamado en consulta á las once de la mañana, y la encontré con 39°,5 y 132 pulsaciones. En la tarde del mismo día tuvo 40° y 140 pulsaciones; la enferma había tenido un fuerte escalofrío al día siguiente de la extracción placentaria, y á éste siguió la cefalalgia, insomnio, dolor abdominal, meteorismo, diarrea muy fétida y un aspecto en la fisonomía y estado general que reflejaban una infección gravísima; no obstante, los loquios no parecían fétidos.

En este estado continuaba cuando yo la observé el día 15 de Abril.

Tratamiento.—Por la tarde irrigación uterina aséptica, seguida de un lavado de su cavidad con una solución de 40 gramos de tintura de iodo iodurada en 2.000 gramos de agua hervida. A las diez de la noche tenía 38°,8 y 120 pulsaciones, y le administré un sello con 60 centigramos de calomelanos.

Día 16.—Por la mañana 39°,8 y 132 pulsaciones, y por la tarde 39° y 132.

Le inyecté 200 gramos de suero por la mañana é igual dosis por la tarde, practicándole dos irrigaciones uterinas, una después de cada inyeccion de suero, de la misma manera que ejecuté la primera.

Día 17.—Por la mañana 38°,5 y 114 pulsaciones, y por la tarde 39°,5 y 132. No se hizo irrigación uterina durante este día, y sí exclusivamente dos irrigaciones vaginales con agua sublimada.

Día 18.—Por la mañana 40° y 132 pulsaciones. Irrigación uterina aséptica, y después con solución de tintura de iodo iodurada al 20 por 1.000.

Por la tarde 39°,5 y 132. Se repite el lavado uterino en la misma forma que por la mañana.

Día 19.—Por la mañana 38°,3 y 120 pulsaciones (irrigación vaginal con agua sublimada). Por la tarde 39°,6 y 130 (irrigación uterina aséptica y con solución de tintura de iodo en la misma proporción que el día anterior).

Digitized by Google

Día 20.—Por la mañana 37°,3 y 108 pulsaciones (irrigación vaginal).

Por la tarde 38° y 108 (irrigación vaginal).

Día 21.—Por la mañana 36°,8 y 102 pulsaciones (irrigación vaginal). Por la tarde 38°,1 y 108 (irrigación vaginal).

Día 22.—Por la mañana 37°,1 y 108 pulsaciones (irrigación uterina, de la misma manera que los días anteriores).

Por la tarde 37°,8 y 114.

Día 23.—Por la mañana 37° y 108 pulsaciones, y por la tarde 37°,8 y 114 (dos irrigaciones vaginales, una por la mañana y otra por la tarde).

Día 24.—Por la mañana 38° y 108 pulsaciones, y por la tarde igual temperatura y número de pulsaciones (irrigación uterina en la forma dicha).

Día 25.—Por la mañana 36°,8 y 108 pulsaciones, y por la tarde 37°,3 y 100. Desde este día continuó apirética y con el pulso oscilando de 100 á 114.

El estado soporoso, el delirio y la cefalalgia, igualmente que el aspecto de gravedad en la fisonomía y en el estado general, desaparecieron desde la tercera irrigación uterina.

El dolor abdominal, principalmente en el hipogastrio, y el meteorismo se mejoraron visiblemente, continuando sólo la diarrea fétida é incontinencia rectal hasta el día 21, desde cuya fecha desaparecieron todas las manifestaciones patológicas, menos la frecuencia de pulso y la tendencia á la diarrea, que por fin cedió bajo la influencia del bismuto y opio.

***

En el tratamiento de los tres primeros casos reseñados omití que las enfermas estuvieron sometidas durante los primeros días del puerperio al cornezuelo de centeno ó á la ergotina; dicha omisión fué efecto de que en todos los puerperios, por normales que sean, no me olvido nunca del citado ocitócico, ni tampoco de un purgante el segundo ó tercer día.

El no haber tenido infecciones puerperales graves en los partos asistidos por mí, aun en los tiempos en que no tomaba las precauciones asépticas aconsejadas hoy por todos, lo atribuyo á purgar y dar sistemáticamente á las puérperas el cornezuelo ó la ergotina, según los casos, pues ambos recursos son desinfectantes mecánicos, por cuanto el purgante no sólo limpia el intestino, sino que elimina una complicación (la estercoremia), que favorece las infecciones puerperales; y el cornezuelo, evitando la retención de los loquios en el útero, favorece la involución uterina y reduce, por lo tanto, la puerta de entrada de la infección más grave; y disminuyendo á la

Digitized by Google

vez la pérdida sanguínea, aumenta la resistencia orgánica, colocando á la puérpera en mejores condiciones de lucha contra la maléfica influencia de los microorganismos productores de la fiebre puerperal, resultando un poderoso recurso profiláctico contra la infección y sus efectos.

La diferente rapidez del éxito logrado con el tratamiento local de las fiebres puerperales depende de la naturaleza de la causa productora (infección pútrida, séptica, blenorrágica ó combinada), de la intensidad ó vírulencia del agente patógeno, y hasta de las circunstancias individuales de las puérperas, y de haber perdido más ó menos sangre en el parto, pues antes de conocerse la verdadera génesis de la infección ya se había observado que las grandes hemorragias y, por lo tanto, la anemia favorecía y agravaba las fiebres puerperales, lo cual se explica bien por la menor resistencia orgánica. Claro está que si se trata de una mera retención de loquios descompuestos ó de un pequeño trozo placentario ya desprendido, ó de membranas retenidas, un simple lavado uterino puede expulsar el contenido tóxico y producir una curación completa y definitiva.

Aun tratándose de un verdadero proceso infeccioso (endometritis pútrida ó séptica), el lavado uterino ha de ser siempre eficaz, dependiendo el éxito del tratamiento local de la rapidez con que se instituya, y también, como es natural, de la mayor ó menor virulencia de los microbios productores, pues no hay razón alguna para que haya fiebres eruptivas y tíficas, por ejemplo, benignas, graves y mortales, cualquiera que sea el tratamiento empleado, y para que no ocurra lo propio con las infecciones puerperales.

La diferencia en favor del tratamiento y pronóstico de la fiebre puerperal radica en que ésta tiene su origen local en un principio, que generalmente es una endometritis saprofítica, séptica, blenorrágica ó mixta, donde la causa debe ser atacada, dependiendo casi siempre el resultado logrado de la prontitud y asiduidad con que es combatido, y, naturalmente, también de la técnica empleada, pues si, por ejemplo, se trata de una retención placentaria, á las irrigaciones uterinas debe preceder, como es lógico, su desprendimiento y extracción consiguiente, sea con la mano ó la legra, según los casos.

Un asunto que convendría resolver previamente para determinar la elección del agente desinfectante es si la infección del útero es de naturaleza pútrida, infecciosa ó blenorrágica, pues en el primer caso el iodo, en el segundo el sublimado, no habiendo contraindicación, y en el tercero el permanganato, parece que debieran ser los recursos aconsejados.

En la práctica, aun sin recurrir al microscopio, tenemos medios

Digitized by Google

para deducir el agente patógeno, fijándonos en los caracteres de los loquios y en los antecedentes ó historia del embarazo y parto.

Si he de guiarme por lo que la observación personal me enseña, puedo afirmar que las infecciones puerperales asistidas por mí han sido casi siempre combinadas, esto es, sépticosaprofíticas, porque el primer líquido que ha salido del útero en sus lavados, siempre, ó casi siempre, ha sido fétido, logrando en muchos casos que el mal olor haya desaparecido con las primeras irrigaciones, no obstante continuar la fiebre, denunciadora de que la infección séptica persiste, pues es indudable que la infección pútrida responde más fácil y rápidamente al tratamiento local, como igualmente que la endometritis séptica es favorecida en su desarrollo por la infección pútrida.

De esto se deduce, sin recurrir al microscopio, que cuando la fiebre se extingue con las primeras irrigaciones uterinas siendo los loquios muy fétidos, se trataba exclusivamente de una fiebre saprémica, quizás debida á una mera retención de loquios descompuestos. Por esta razón, la primera irrigación que debe hacerse es siempre de agua simplemente hervida, para explorar mejor el primer líquido que sale del útero y observar á la vez el resultado de esta limpieza mecánica, tanto en el aparato genital como en el estado general.

***

Técnica de las irrigaciones intrauterinas en los puerperios patológicos.—Antes de exponer concisamente la técnica de la irrigación, he de tocar, por más que muy á la ligera, algo relativo á varios asuntos interesantísimos, como son: cuándo se han de empezar y suspender las irrigaciones; su frecuencia; efectos de la irrigación; accidentes y maneras de ejecutarla.

Cuándo se ha de empezar y suspender.—El consejo dado por algunos de que se empiecen los lavados de la matriz cuando la temperatura llega ó pasa de 38 grados, y de que no se suspendan hasta que la puérpera pase un día ó dos sin fiebre, no lo he seguido nunca.

Temperaturas de uno ó dos grados en los primeros días del puerperio he visto que desaparecieron rápidamente con un purgante de calomelanos ó de aceite de ricino, é irrigaciones vaginales con sublimado ó permanganato potásico, colocada la puérpera semisentada en la cama, con el fin de que el líquido no pase del segmento inferior del útero.

Las irrigaciones vaginales, que hoy están abandonadas en los puerperios fisiológicos, pueden ser eficacísimas en los casos de ligeras infecciones que provengan de heridas vulvo-vaginales ó del cuello uterino, y es muy posible que cuando la infección se alimente

Digitized by Google

de las heridas resultantes de desgarros del cuello sea suficiente y rápidamente heroico el lavado vaginal y del segmento inferior del útero, con la condición de que al practicarlo no estén muy elevadas las nalgas, á fin de dificultar el acceso del líquido á la herida placentaria, y por consiguiente la difusión de la infección.

Yo he suspendido siempre, sin motivo para arrepentirme, los lavados uterinos cuando la temperatura se hace normal, sustituyéndolos entonces por irrigaciones vaginales con sublimado ó permanganato potásico.

Su frecuencia.—La frecuencia la impone la marcha de la temperatura; si no desciende, deben repetirse cada ocho ó doce horas, demostrándome la experiencia que en algunos casos en que no lograba una defervescencia marcada y sostenida haciendo un lavado al día, la obtuve más pronunciada y persistente haciendo dos irrigaciones diarias.

Efectos de la irrigación.—Haciendo observaciones termométricas frecuentes, se observan diferentes tipos clínicos después de cada irrigación, sobre cuyo importante particular se han detenido poco los autores.

Las diferentes modalidades clínicas observadas por mí pueden agruparse en cinco categorías:

1.ª Desaparición de la fiebre después de la primera irrigación, para no reaparecer.

2.ª Desaparición de la fiebre, para reaparecer más tarde, pero menos intensa.

3.ª Disminución de la fiebre inmediatamente después de la irrigación, para volver á ascender y conservar el mismo grado de intensidad.

4.ª La fiebre aumenta inmediatamente después de la primera irrigación, pero luego desciende y se mantiene más baja ó alcanza la misma altura.

5.ª La fiebre y los demás síntomas no se modifican con la irrigación.

Las dos últimas categorías, observadas también y brillantemente expuestas por nuestro eminente tocólogo contemporáneo doctor D. Miguel Orellano, tienen una explicación hoy completamente clara y satisfactoria. Es evidente que si los gérmenes ó venenos han alcanzado las profundidades del útero, «senos uterinos, linfáticos ó tejido celular», la enérgica acción física del calor sobre la contracción uterina ha de producir una expresión del órgano, llevando al torrente circulatorio los microbios y sus toxinas, produciendo su maléfica influencia en el estado general del organismo, y por lo tanto en la temperatura.

Si los gérmenes infectantes residen por lo tanto en la submucosa.

Digitized by Google

la acción mecánica y microbicida del líquido inyectado en el útero no puede ser tan eficaz como cuando los microorganimos residen exclusivamente en la superficie de la mucosa; por esta razón la atenta observación del efecto logrado con los lavados uterinos debe servirnos para hacer el diagnóstico de la localización de la infección, en lo que respecta á la profundidad de su situación en el conducto útero-vaginal, y también puede servirnos para formular el pronóstico y hasta si debemos ó no insistir en dichos lavados, y por lo tanto la observación detenida referida nos es precisa para el *diagnóstico, pronóstico* y *tratamiento.*

Accidentes.—Nada puedo manifestar por cuenta propia respecto á este particular, de lo cual deduzco que los accidentes de que hablan los autores deben ser rarísimos tomando las precauciones recomendadas por todos.

Manera de ejecutar las irrigaciones.—No se necesita insistir hoy en que la más minuciosa desinfección de los órganos genitales anteriores al útero, la desinfección del tocólogo y la esterilización de la sonda y demás instrumentos, si fueran necesarios, ha de preceder á los lavados uterinos.

Por más que hay autores que aconsejan las sondas de doble corvadura pélvica y perineal, como la de Bozeman, por ejemplo, yo me he servido siempre de la de Doleris, que tiene en mi concepto la gran ventaja sobre todas las demás de garantizar mejor el desagüe uterino.

Uno de los puntos capitales para que el lavado uterino resulte eficaz es la colocación de la puérpera en el acto de la irrigación intrauterina. No es necesario decir que la enferma debe ser colocada en el borde de la cama, de manera que las nalgas y la abertura vulvar queden al nivel ó un poco fuera del colchón. Lo que es preciso si se desea que la irrigación *bañe la superficie placentaria* es que la cabeza y parte superior del tronco estén más bajos que las nalgas, pues de esta manera será menos pronunciada la anteflexión uterina y el líquido lavará toda la cavidad uterina, sin exceptuar su fondo y la zona placentaria, que es donde la infección suele ofrecer mayores peligros.

Yo estoy convencidísimo de que en muchos casos las irrigaciones no producen el beneficio que hay derecho á esperar de ellas, porque el líquido sale sin lavar bien el sitio de inserción placentaria, por no colocar á la puérpera de manera que el fondo del útero esté más bajo que el cuello, para lo cual es preciso que las nalgas se pongan más elevadas que la cabeza de la puérpera. Esta posición es un poco molesta, pero es la única que nos asegura que el líquido de la irrigación se ponga en contacto con toda la superficie de la mucosa uterina.

Digitized by Google

Con lo manifestado, condensaré en pocas líneas la técnica seguida con más frecuencia y que á la vez me ha dado los mejores resultados.

Primera irrigación.—Lavado uterino con seis litros por lo menos de agua esterilizada caliente.

Segunda irrigación.—Lavado uterino con tres ó cuatro litros de agua hervida; y si la fiebre no se ha modificado favorablemente con la primera irrigación, entonces, después del segundo lavado con agua hervida, practico otro con dos litros de agua esterilizada sublimada al 0,25 y hasta 0,5 por 1.000, si no hay contraindicación, yendo seguido ó no este lavado antiséptico de otro de agua hervida, según las circunstancias de cada caso clínico.

Tercera irrigación.—Si no hay una mejoría evidente y la fiebre persiste alta con aceleración de pulso, y los loquios son fétidos, como igualmente la primera agua que sale del útero al principio de cada lavado, «lo cual yo he visto casi siempre, y de lo que deduzco que la infección séptica pura debe ser rara, siendo, por contrario, frecuentemente precedida y acompañada de la pútrida, resultando una infección mixta ó combinada», entonces sustituyo el sublimado por el iodo en la forma siguiente. *Esta irrigación intrauterina consta de dos tiempos:*

1.° Lavado aséptico con tres ó cuatro litros, por lo menos.

2.° Irrigación con la solución iódica, y simultáneamente irrigación vaginal, para diluir más el iodo y evitar los dolores y molestias vaginales, si la concentración llega ó pasa del 1 por 1.000.

Yo no he rebasado nunca la concentración de 1,5 por 1.000; pero siguiendo la técnica que aconsejo, podrá seguramente emplearse al 2 ó 3 por 1.000 sin grandes molestias para la enferma.

Para practicar la irrigación de la solución de iodo se necesita tener previamente preparados dos irrigadores: uno, el *pouchet* corriente, con seis litros de agua hervida caliente, y el otro, que puede ser un irrigador común, de dos litros de capacidad.

Es necesario también haber recetado anteriormente cualquiera de las fórmulas aconsejadas por Tarnier:

1.ª	Iodo metálico	3 gramos.
	Ioduro potásico	6 »
	Agua destilada	1.000 »

Mézclese.

2.ª	Tintura de iodo	40 gramos.
	Ioduro de potasio	6 »
	Agua destilada	1.000 »

Mézclese.

Digitized by Google

Cualquiera de estas fórmulas la mezclo con 1.000 gramos de agua hervida caliente en el irrigador común de dos litros, y ya tenemos dispuesto lo necesario, siendo preciso encargar á una persona enterada de la técnica que vamos á seguir: una comadrona, un practicante ú otra persona inteligente que nos ayude.

Todo preparado, colocada la puérpera en la posición dicha y desinfectadas convenientemente la vulva y vagina, introduzco la sonda de Doleris en la cavidad uterina con las precauciones asépticas recomendadas por todos los autores, y sobre las que no he de insistir; y ahora empieza la técnica especial que aconsejo al emplear el iodo, que consta, como ya dije, de dos tiempos:

El primer tiempo de la irrigación uterina está constituído por el lavado aséptico con tres ó cuatro litros de agua.

Segundo tiempo: se desprende de la sonda de Doleris el tubo de goma que la ponía en relación con el *pouchet*, sin retirar del útero dicha sonda, y con el índice izquierdo se obtura el orificio exterior de dicha sonda para que no se vacíe el líquido contenido en ella y no penetre aire en el útero.

En seguida se engasta el tubo de goma del irrigador que contiene la solución iodo-iodurada en la sonda uterina, dejando correr previamente el líquido ó aire que haya en el tubo, y *no se permite la introducción de dicha solución en el útero hasta que se ponga en relación una cánula vaginal esterilizada con el tubo del pouchet, con el fin de que la irrigación vaginal aséptica preceda, acompañe y siga á la uterina iodo-iodurada.*

Diluyendo en esta forma la solución de iodo en su salida del útero, se evitan las molestias vaginales de que ya hice mención anteriormente.

La cuarta, quinta y demás irrigaciones necesarias las practico de la misma manera que detalladamente acabo de exponer.

*
* *

Las consecuencias que lógicamente se derivan de los cuatro casos de infección puerperal expuestos son:

1.ª Que los lavados del conducto útero-vaginal realizados oportunamente y en las condiciones manifestadas, son siempre eficaces, pues si se ha recurrido á ellos en los tres primeros días del puerperio ó al comienzo de la infección, siempre logré un éxito satisfactorio.

2.ª Que en los casos en que el simple lavado con agua hervida no es suficiente, ni tampoco la irrigación con agua sublimada, el iodo empleado de la manera dicha produce resultados maravillosos, aun en los casos de grave infección puerperal.

3.ª Que no debe deducirse la ineficacia del tratamiento local si no

Digitized by Google

se logra la defervescencia con las dos ó tres primeras irrigaciones uterinas, sino que puede ser necesario insistir en ellas con la esperanza de conseguir la disipación de la infección al cabo de seis, ocho ó más lavados uterinos.

4.ª Que pudiendo depender la infección de heridas del cuello uterino, debe desinfectarse éste por medio de irrigaciones vaginales y uterinas del conducto cervical exclusivamente, á cuyo efecto se colocará la puérpera incorporada ó semisentada, con el propósito de que el líquido del irrigador no alcance el segmento superior uterino, que es el sitio más frecuente de la inserción placentaria. Además, la infección cervical se puede combatir perfectamente con toques de tintura de iodo, que es el desinfectante mas heroico en estos casos, como queda demostrado evidentemente en los cuatro casos referidos de infección puerperal, y muy particularmente en el segundo expuesto.

5.ª Y por fin, que la infección puerperal es evitable con una buena asistencia en el embarazo, parto y puerperio.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA

POR D. RAFAEL GARCÍA DE ARIAS

Del Instituto Rubio.

En el transcurso de los últimos diez años he tenido ocasión de ver unas sesenta enfermas de peritonitis tuberculosa difusa de marcha crónica, de las cuales treinta y siete las he observado y estudiado bien, porque en quince de éstas han intervenido quirúrgicamente cirujanos amigos, he operado diez y seis, y las seis restantes que no han sido operadas, en cuatro de ellas he sido invitado por compañeros muy queridos á estudiar juntos las pacientes; las otras dos eran enfermas encomendadas á mi dirección y cuidado.

Si fuera mayor el número de casos coleccionados, más fuerza tendrían las consideraciones deducidas de su estudio; pero no es despreciable el número que he conseguido reunir, y sobre el que descansan mis conclusiones clínicas.

El trabajo que doy ahora á la publicidad es meramente clínico, y está dividido en cuatro capítulos: en el primero va la descripción detallada de las historias clínicas de las enfermas, hechas de modo que sirvan para alumnos y profesores; en el segundo capítulo estudio la anatomía patológica que está al alcance de nuestra vista y tacto; el tercer capítulo lo consagro al diagnóstico, y el cuarto y último al tratamiento.

Digitized by Google

He creído innecesario escribir un capítulo aparte sobre los síntomas y curso de esta enfermedad, por ser muy conocidos y porque los indico y puntualizo como manifestaciones de los cambios estructurales sufridos por las vísceras abdominales inflamadas, en el capítulo de anatomía patológica.

Como no tengo ideas propias de algún valor sobre la patogenia de esta enfermedad, me abstengo de hablar de ella, prefiriendo esté incompleto este trabajo á ser copista de los demás, y tal vez un copista malo.

En el capítulo que me ocupo del diagnóstico creo haber demostrado que no es una esfinge el vientre humano cuando en su interior ha producido estragos el bacilo de Koch, y que en la educación de los sentidos del tacto y muscular se puede llegar á la perfección que alcanzan los ciegos, justificando la sentencia de F. Marion: «En las obras de Dios no hay grande ni pequeño; todo es grande».

Pocas novedades encontrarán mis lectores en el último capítulo y en todo el texto del trabajo; hechos de mayor ó menor importancia y de más ó menos aplicación á la práctica, bastantes; ahora, con lo que podrán ó no estar conformes es con la interpretación que yo les doy.

El juicio crítico de mis colegas aquilatará este trabajo; y si bien es verdad que es modesto y no resuelve ningún problema patogénico, ni clínico, ni de otro orden, creo que es acreedor á ser mirado con benevolencia, por ser el producto de una labor paciente y perseverante de buen número de años.

OBSERVACIONES

I

La causa que motivó el dedicarme al estudio de esta enfermedad fué un error de diagnóstico que cometí el año 1897. Al reconocer una de las enfermas que acudieron al consultorio público del Instituto Rubio, encontré que su peritoneo estaba engrosado desigualmente, duro, sembrado de pequeñas lobulaciones de volumen vario, adoptando el conjunto de la superficie una disposición análoga á la de los tumores en placa ó al de las infiltraciones inflamatorias del tejido conjuntivo pelviano; esta placa ocupaba casi toda la superficie anterior del vientre, extendiéndose desde un poco por encima del ombligo hasta el espacio de Retzius y de un flanco al otro; el abdomen no estaba aumentado de volumen y sí doloroso á la presión; su aparato genital nada de particular ofreció á la exploración. Esta enferma era multípara, de unos veintiocho años, y cigarrera de oficio.

Digitized by Google

Este raro y para mí nuevo cuadro de signos físicos me hicieron pensar, reconocerla muchas veces; y bien convencido de que no existía ningún tumor ni en los órganos intra-abdominales, ni en el útero, ni en sus anejos, por analogía con otro caso igual á éste, aunque no era tan extensa la placa inflamatoria, formulé el mismo diagnóstico, y la sometí al mismo tratamiento que tan buen resultado me había dado en la otra enferma. El diagnóstico fué de peritonitis difusa crónica post-puerperal y de agente desconocido, aunque su último parto databa de dos años. Le aconsejé quietud absoluta, dieta líquida y fomentos calientes *loco dolenti*, recomendándola volviese á los quince días. Vista de nuevo al cabo de este tiempo, no se apreció ninguna mejoría en su estado local, como tampoco en los meses siguientes. En los dos últimos de los siete que la tuve sometida á observación pude comprobar que además de la inflamación peritoneal se había desarrollado en aquel tiempo un quiste unilocular en el ovario derecho, y que aproximadamente tenía el volumen de la cabeza de un feto á término.

La operé en el Instituto, y si bien es cierto que existía el quiste del ovario, también lo era que había líquido libre, turbio y muy denso dentro de la cavidad, que los intestinos estaban como adheridos, el peritoneo parietal engrosado y sembrado de muchos y gruesos tubérculos. Fué dada de alta por curación, y la vi durante tres años seguidos, en los cuales ni se reprodujo el líquido en la cavidad abdominal ni tuvo otra enfermedad; su salud fué excelente.

¡Siete meses observando una enferma, y no diagnosticar su padecimiento! Imposible olvidar esto, como tampoco los síntomas y signos físicos recogidos en enferma tan detenidamente y tanto tiempo observada.

II

La segunda observación corresponde á una joven de diez y siete años, virgen, natural de Tamajón (Guadalajara). Como antecedentes sólo menciona una gran disposición á los catarros bronquiales, de los cuales uno que padeció en el año 1898 le duró un mes. A pesar de ello, el atento examen practicado por el Dr. Ledesma no reveló lesión alguna en el aparato respiratorio.

Apareció la primera menstruación en esta enferma á los quince años, y continuó irregular, escasa, aunque sin dolores, hasta el 23 de Febrero de 1899, en cuya fecha sólo duró un día y en pequeñísima cantidad.

Examinado su vientre, llamaba desde luego la atención la desigualdad de su superficie, más prominente en el lado derecho de la región hipogástrica que en el izquierdo; la palpación metódica su-

Digitized by Google

perficial y profunda revelaba dos cosas: que el peritoneo parietal estaba engrosado, aunque sin rugosidades ni lobulaciones duras, y que no existía ningún tumor ni de la pared del vientre ni de la cavidad abdominal de los susceptibles de ser apreciados por su posición y volumen; por la percusión se observaba un fenómeno curioso: que la relación de las zonas de macicez, submacicez y sonoridad cambiaba profundamente reconociéndola á distintas horas del día y también si se la exploraba antes y unas horas después de una comida fuerte; además existía líquido libre en el abdomen, no en gran cantidad; líquido que se reabsorbió bastante en los días que permaneció en el Instituto antes de ser operada.

Por el tacto vaginal solo y combinado se notaba á la derecha del útero un tumor de forma irregular y blando, poco sensible á la presión; al lado izquierdo un cordón grueso, duro y que, partiendo desde el fondo y cuerno izquierdo del útero, se encorvaba y descendía, como el del lado opuesto, hacia el fondo de Douglas, inmovilizando entre ambas tumoraciones la matriz, que se hallaba en anteversión pronunciada.

En la vagina—á pesar de ser virgen—existían ligeros cistocolpocele y rectocolpocele por el peso del líquido ascítico, y á través de ella se apreciaba clara fluctuación al percutir sobre la superficie del abdomen.

En vista de los datos recogidos, no titubeé en dar como diagnóstico exacto el de salpingo-ovaritis tuberculosa primitiva y bilateral; peritonitis tuberculosa de forma ascítica secundaria.

Veamos cómo describe el Dr. Gutiérrez la operación, pues fué quien intervino en este caso.

«Practicada la laparotomía el 5 de Mayo del año 1899, pudimos comprobar el juicio formado, así como también la existencia de una peritonitis crónica de forma plástica, sin apariencia de tubérculos, pero con tales exudados, que en algunos puntos constituían verdaderas membranas resistentes y duras como las que, partiendo de la cara posterior del útero, se adherían al peritoneo abdominal, muy engrosado, y borraban en absoluto el espacio ó repliegue vésico-uterino. Con no poco trabajo, y después de resecar un trozo del epiplón que estaba unido fuertemente á dicha membrana, pudimos destruir las adherencias de las trompas al suelo peritoneal y extirparlas.

»Las trompas medían ocho centímetros de longitud y estaban aplastadas según su diámetro ántero-posterior, el cual no bajaría de dos centímetros. El aspecto exterior de estos órganos era rojizo y no presentaba granulaciones.»

Salió curada del Instituto á los veintiún días, aconsejándole un plan apropiado para su completo restablecimiento.

Digitized by Google

Mensualmente veía á esta enferma; mejoró muy mucho en poco tiempo; unos tres meses después de operada pudo consagrarse de lleno al trabajo, y transcurridos dos años—que fué la última vez que la vi—me consultó si podía ó no tomar estado. Nada he vuelto á saber de ella desde entonces.

III

Señora D.ª Concepción M. de R., de veintiséis años, casada, nulípara, dedicada á las labores propias de su estado y sexo, natural de Mancha-Real, provincia de Jaén.

Como antecedentes de familia nos refiere que su padre padeció bastante del estómago; á los sesenta y cinco años tuvo un gran vómito de sangre, lo que le mejoró muchísimo, y falleció á los sesenta y siete, á consecuencia de repetidos ataques de hemorragia cerebral; su madre murió á los cuarenta y ocho años, á consecuencia de un carcinoma del estómago. También cuenta que una hermana suya de once años ingresó en un convento para profesar como religiosa, y á los doce ó trece años, cuando se le presentó la primera menstruación, ignorando lo que era, tomó un baño de limpieza, frío, con las demás educandas; se le suprimió bruscamente esta función, no volvió á menstruar, y murió á los diez y siete años, á consecuencia de un padecimiento del corazón, según diagnóstico del médico que la asistió, después de sufrir siete veces la paracentesis en medio año.

La enferma que nos ocupa padeció el sarampión en la niñez, y á los once años una fiebre muy alta de siete días de duración.

Tuvo su primera menstruación á la edad de trece años, y lo mismo de soltera que de casada ha menstruado con regularidad y abundancia (pues le duraba cuatro ó cinco días y perdía bastante sangre) y sin ninguna molestia dolorosa. Los dos años últimos, que es próximamente el tiempo que esta señora lleva enferma, sus reglas, si bien periódicas, disminuyeron mucho en cantidad y duración (dos ó tres días).

Con respecto á la enfermedad que padece en la actualidad, manifiesta que desde la edad de veintitrés años comenzó á sentirse indispuesta, indisposición que, sin exteriorizarse por síntomas ni trastornos físicos de importancia, la fueron desmejorando insensiblemente, pues comía poco, tenía vómitos por temporadas, las digestiones eran perezosas y la obligaban á recurrir al médico para que la prescribiese algún medicamento; se fatigaba al trabajar y andar, tenía infartos ganglionares detrás de las orejas, etc., etc.; en realidad, la desnutrición que paulatinamente se apoderaba de su organismo y el malestar oculto que de continuo la aquejaba la entristecía mucho y casi la condenaba á una vida pasiva, sin entusiasmos, ideales, ob-

Digitized by Google

jetivos ni horizontes. En el mes de Noviembre de 1899 se dió cuenta de que su vientre aumentaba de volumen con regularidad; las molestias ya descritas se exacerbaron, y aunque en un principio su familia y ella pensaron en que podía estar embarazada, la persistencia de la menstruación, la rapidez del abultamiento del abdómen y el no poder adoptar más que el decúbito supino cuando se acostaba les sacó del error en que estaban; además, durante este tiempo sentía destemplanza y fiebre por las tardes, y por la noche sudores profusos en la mitad superior del cuerpo, y trastornos del tubo digestivo, revelados por estreñimiento y diarrea.

El 10 del mes siguiente es acometida de vivo dolor en la región epigástrica, y comienza á crecer con rapidez el vientre; las fiebres vespertinas son más altas, la respiración se hace disneica, en la cama no puede permanecer sino sentada; apenas come; sueño intranquilo y agitado, y la persistencia é intensidad del dolor la obligaban á andar encorvada. Viendo que no mejoraba nada, antes al contrario, que se agravaba por momentos, decidió venir á esta Corte para consultar, el 19 del mismo mes, ó sea á los nueve días de haber entrado la enfermedad en su período agudo.

El 24 fuí avisado para encargarme de la asistencia. El cuadro que se presentó á mi vista fué el siguiente: una señora demacradísima, disneica; su temperatura orgánica era de 39°; el corazón latía de 120 á 130 veces por minuto, con poca tensión; un vientre disforme, globuloso; el abultamiento arrancaba desde el apéndice xifoides; contenía mucho líquido libre (de ahí la gran tensión de sus paredes); por la palpación se observaron los mismos signos físicos descritos en la historia que antecede; el peritoneo se herniaba á través del anillo crural derecho, que estaba un poco dilatado; las presiones sobre su superficie exacerbaban el dolor que sentía de continuo en el vientre. No se podía recoger por el tacto vaginal ni por el vagino-abdominal ningún dato, por la gran cantidad de exudado peritoneal; el útero, pequeño, medía 6 centímetros, y en anteversión forzada.

La enferma se encontraba gravísima: sus fuerzas eran escasas, el pulso imperceptible; disnea continua; el número de excursiones respiratorias de 30 á 50, según la temperatura; ésta oscilaba por la mañana entre 38° y 39°, y por la tarde entre 40° y 41°; grandes dolores en el vientre, que la impedían ponerse horizontal en la cama y, como es consiguiente, dormir tranquilamente algunas horas: diez y nueve días llevaba en este angustioso estado. Exploré el centro circulatorio y el aparato de la respiración, y no dí importancia á este reconocimiento, porque creía que todos los signos estetoscópicos que recogiese no eran verdaderos, ó cuando más enmascarados, por la gran compresión que sufrían las vísceras torácicas por el dia-

Digitized by Google

fragma, elevado por la gran cantidad de líquido ascítico existente en el abdomen; sin embargo, de este examen deduje que no existía lesión cardíaca, y que si el pulmón derecho estaba realmente lesionado en su lóbulo medio, como así lo hizo constar uno de los dos profesores que la vieron antes que yo, no por ello dejaría de proponer á la familia la intervención quirúrgica casi como indicación vital.

En efecto, hice presente á la familia que la enfermedad que padecía esta señora era una peritonitis tuberculosa de forma ascítica, y que no creía existiese lesión pulmonar tuberculosa; que el estado de la enferma era poco satisfactorio; que, sin embargo de lo expuesto, creía que su tabla de salvación era la laparotomía, y, por último, que no respondía ni del éxito inmediato de la operación, dado el deplorable estado de la paciente. (Véase la fig. 1.ª)

La enferma y la familia aceptaron, hasta con júbilo, la idea de la operación. Por el pronto, y para calmar la neuralgia abdominal tan intensa que aquejaba, la prescribí una ó dos inyecciones hipodérmicas de un centigramo de cloruro de morfina diariamente. El caso en sí era comprometido; el pronóstico, nada halagüeño: medité, pesé el pro y el contra del cómo podía desembarazar aquel vientre de su líquido, y propuse decididamente á la enferma el laparotomizarla empleando sencillamente la anestesia local, por considerar un desatino la anestesia general. Aceptó.

El día 27 de Diciembre de 1899, á las cuatro de la tarde, me personé en su casa acompañado de mi amigo y eminente cirujano doctor D. Manuel Otero y Acevedo. En la mejor habitación de la casa, convenientemente caldeada, colocamos á nuestra enferma, bien abrigada, en una mesa, y después de anestesiar mi amigo Otero con cloruro de etilo la región en que se iba á operar, incindí las cubiertas del abdomen en una extensión de 6 á 7 centímetros, por la línea de Mac Burney, hasta llegar al peritoneo, que puncioné con la punta del bisturí para que se escapase una vena líquida delgada y se vaciase lentamente el abdomen; cuando comprendimos que ya no había peligro, por haberse vaciado casi todo el líquido y tolerado la paciente sin protestas por parte de su aparato circulatorio, abrí el peritoneo en la misma extensión de la herida, con el triple objeto de cerciorarme de si mi diagnóstico era exacto, de que entrara más aire y de lavar con suero la cavidad. Mi diagnóstico resultó confirmado: el peritoneo estaba algo engrosado; no había perdido aún su brillo y color fisiológicos, pero estaba cubierto de granulaciones confluentes finísimas de color blanquecino; no fué posible hacer su *toilette* con el suero, porque la enferma sufrió una congoja, perdió el conocimiento y la cara se le puso cianótica; cerré aprisa la herida con seis puntos de hilo de plata grueso, mientras el Dr. Otero reanimaba

Digitized by Google

FIGURA 1.ª

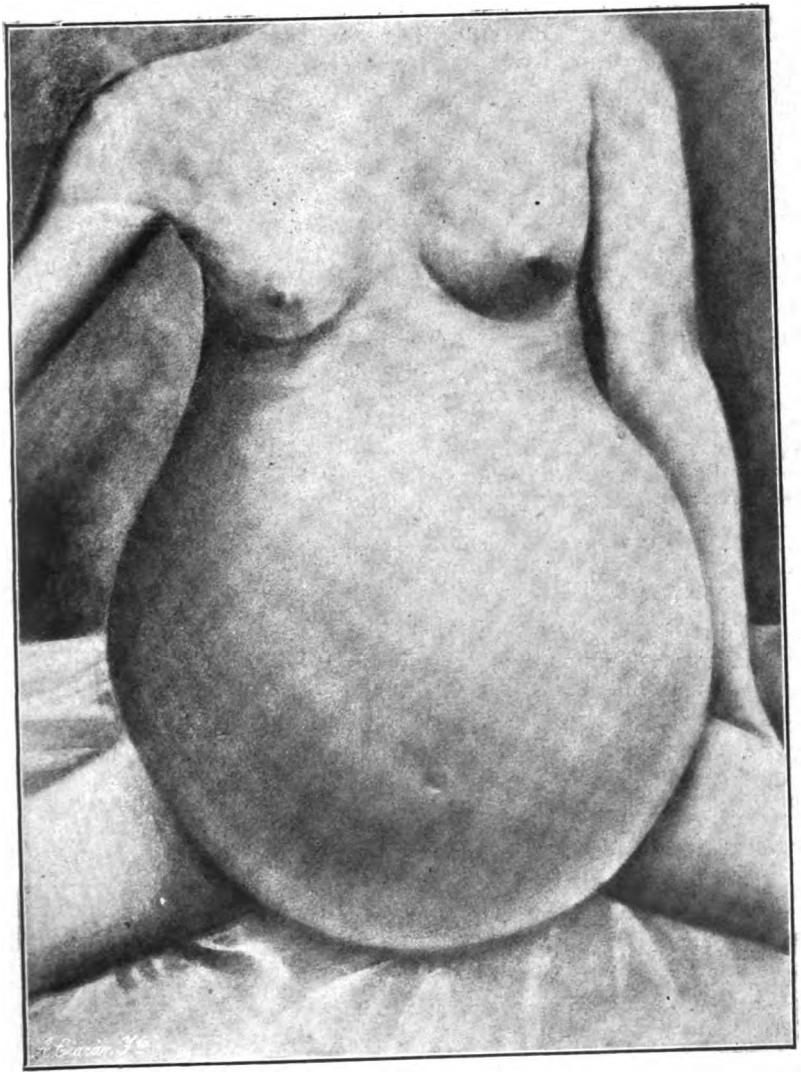
FORMA DEL ABDOMEN COLGÓN DE LA ENFERMA NÚM. III.
TIENE LA FIGURA GLOBULAR
(ANTES DE LA PRIMERA OPERACIÓN)

Existía ligero edema subcutáneo en la superficie anterior del vientre; y como, á pesar de contener tanto líquido, por todas partes se percibía la sonoridad típica que corresponde á los intestinos, por no herir estos órganos se practicó la incisión abdominal en vez de la paracentesis.

Digitized by Google

Digitized by Google

Figura 1.ª



Digitized by Google

Digitized by Google

á la enferma. La trasladamos á la cama, caliente, y con estimulantes y los cuidados que se prestan en casos análogos conseguimos que reaccionara. La cantidad de líquido extraído midió 12 litros.

El curso post-operatorio fué bueno: los seis primeros días el recargo febril vespertino llegó á 38°; la circulación y respiración fueron gradualmente normalizándose; á los diez días abandonó el lecho con su herida cicatrizada; la convalecencia fué larga, á pesar de los muchos y delicados cuidados que se le prodigaban. En el mes de Marzo de 1900, ó sea á los tres meses de operada, bien repuesta, habiendo ganado en este tiempo tres kilos de peso, sin acusar ningún trastorno funcional su aparato respiratorio, y sin colección líquida en el vientre, se marchó á su casa, recomendándole encarecidamente siguiese con constancia el plan egolátrico á que se había sometido en ésta, consistente en alimentación forzada, mucho aire y mucha quietud, hasta completa curación.

Este estado satisfactorio duró trece meses, al cabo de los cuales volvieron á presentarse los mismos síntomas que tuvo en el mes anterior al en que se le operó, pero un tanto más atenuados. Viene de nuevo á Madrid el 14 de Marzo de 1901, unos dos meses después de agudizarse su enfermedad abdominal. Al reconocerla de nuevo me encontré que había bastante exudado peritoneal; su estado general era bueno, pero no conceptuaba oportuna una nueva intervención, hasta tanto no se curase de un catarro de las vías biliares que aquejaba.

El 8 de Abril del mismo año practiqué la segunda laparotomía, media, infraumbilical y de 10 centímetros de longitud, bajo la influencia de la narcosis clorofórmica; lavé abundantemente la cavidad con suero Tavel, y cerré luego la herida. Nada de particular ocurrió los días siguientes á la operación: la herida no supuró, y el 15 de Mayo marchó á Jaén.

El líquido evacuado en esta segunda intervención fué de siete y medio litros, muy denso, amarillo con viso verdoso; en el suelo pelviano, casi borradas las fosetas peritoneales por neomembranas estratificadas, á través de las cuales se reconocieron el útero y sus anejos, que, como es consiguiente, tenían profundamente alterada su serosa de revestimiento, los ovarios pequeñísimos y como atrofiados, las trompas también de menores dimensiones que las normales; los intestinos delgados mostraban adheridas algunas de sus asas, y otras se deslizaban perezosamente, como si estuviesen conglutinadas, por ser tan denso el exudado plástico de que estaban bañadas; tanto el peritoneo visceral como el parietal estaban engrosados, de color rojo-oscuro y sucio y de superficie granujienta y estriada.

Abrigo la convicción de que si por cualquier circunstancia hubiese tardado dos ó tres meses en operar á esta señora, el exudado

Digitized by Google

plástico hubiera terminado su obra comenzada, aislándose de todas las vísceras que le rodeaban, por enquistamiento.

He operado á esta enferma en dos fases distintas de su padecimiento: la primera vez, quizás entre los cuarenta y cincuenta días siguientes á la invasión tuberculosa del peritoneo en su forma aguda, y la segunda cuando los tubérculos, siguiendo la evolución fibrosa, tendían á la curación, esclerosando los tejidos donde tanto daño habían causado al implantarse.

Desde la fecha en que se le practicó la segunda operación hasta el día (cinco años y dos meses), la enferma en cuestión goza de salud.

IV

Señora D.ª Teresa P. de Ll., de veintiséis años, casada y natural de Cretas (Teruel).

Como antecedentes de familia, nos facilita los siguientes: han muerto de tuberculosis pulmonar un hermano de esta señora, una tía carnal y un primo hermano, parientes por parte de su madre. Esta señora falleció á la edad de sesenta y dos años, víctima de una afección cardíaca, y su padre, de cuarenta y dos años, á consecuencia de reuma articular.

En su matrimonio ha tenido tres hijos: el último parto data de dos años; en el tercero ó cuarto día de este puerperio—á causa de un gran enfriamiento—adquiere una enfermedad que pone en gravísimo riesgo su vida; á este proceso patológico le caracterizó fiebre, abundantes vómitos y deyecciones, y tuvo que guardar cama diez y nueve días.

Al año poco más ó menos de esto comienza de nuevo á sentirse mal, sin saber entonces á qué atribuirlo. Comienza á enflaquecer, nota gran inapetencia, por las tardes elevaciones térmicas de medio á un grado, precedidas de escalofrío, gran cansancio, frecuencia en las micciones y sudores nocturnos. Esto ocurría por el mes de Octubre de 1899. Poco tiempo después observó que se le abultaba simétricamente el vientre. Decide consultar con un médico y someterse á tratamiento. Este consistió en pociones y amasamiento, que no dieron ningún resultado: el vientre continuó abultándose; sentía cada vez más dolor en él; la diarrea y demás síntomas mencionados persistían; en una palabra, la enferma, cada vez más delgada, y convencida de que la quietud, la higiene y la terapéutica farmacológica á que estaba sometida durante siete meses ni siquiera la habían mejorado, hace que la reconozca de nuevo su médico el 10 de Mayo de 1900, y entonces aquél sospecha la existencia de un quiste ovárico ó que se trataba de un embarazo extrauterino, aconsejándola viniese á esta corte para sufrir una operación.

Digitized by Google

El 20 del mismo mes se presentó en nuestra consulta del Instituto Rubio, recomendada por mi amigo el Dr. D. Celestino Moliner.

Examinada, después de recoger los datos ya consignados, pude comprobar lo siguiente: exploración abdominal dolorosa; pared del vientre muy flácida; peritoneo engrosado uniformemente; vientre abultado por contener líquido libre, que se aplanaba en la posición horizontal, proyectándose en masa al adoptar los decúbitos laterales ó al sentarse ó ponerse de pie; en todas las posiciones y actitudes se percibía sonoridad clara y transversalmente á unos dos traveses de dedo por debajo del ombligo; al percutir, por delicadamente que se hiciese, era visible la transmisión de la onda líquida; á pesar de existir bastante líquido dentro de la cavidad, era tanta la flexibilidad de las cubiertas del abdomen, que permitía hacer un examen detenido de su aparato genital; éste nos reveló que los anejos de ambos lados estaban aumentados de volumen, quísticos y deformes.

Esta señora había estado muy gruesa, y lo demostraba el que, á pesar de haber adelgazado tanto, la cubierta grasosa de su vientre aún conservaba unos tres traveses de dedo de espesor.

El diagnóstico no ofrecía dudas: dados los antecedentes de la enferma, la historia de su padecimiento, los signos físicos que se observaban en su vientre y aparato genital, bien podía asegurarse que se trataba de una peritonitis tuberculosa de forma ascítica, tuberculosis intestinal (que el tiempo diría si era de forma incurable ó curable) y anexitis doble de la misma naturaleza.

Asimismo, vista la semejanza de síntomas entre la enfermedad que aquejó en su último puerperio y la que motiva esta historia, con algún fundamento podemos decir que tal vez aquélla fué la primera manifestación tuberculosa de este organismo.

Le dimos ingreso en el Instituto el 26 de Mayo.

Aunque era poco satisfactorio el estado de esta enferma y muy pertinaz el síntoma diarrea—que obligaba á pensar fuese muy extensa la lesión de la mucosa intestinal,—nos decidimos á tratarla quirúrgicamente, vista la inutilidad de la terapéutica farmacológica empleada por un colega muy competente.

La operación la llevé á cabo el 6 de Junio, del modo siguiente: incisión media é infra-umbilical de 10 á 15 centímetros de longitud; separación completa de la mitad inferior del gran epiplón del tercio inferior del peritoneo parietal anterior por estar fuertemente adheridos; salpingo-ooforectomía doble; *toilette* de la cavidad con suero Tavel y oclusión de la herida abdominal. El líquido evacuado midió ocho y medio litros; las trompas contenían pus cremoso y bastante fluido, y eran asiento—así como los ovarios—de lesiones anatómicas tan avanzadas que hicieron precisa su extirpación; la adherencia fuerte que unía al omento y peritoneo parietal nos explica el

Digitized by Google

por qué de la sonoridad clara y constante que se percibía en la región infra-umbilical, de que hacemos mención más arriba; correspondía al colon transverso; la siembra de tubérculos en las serosas era muy confluente, formaban eminencias los tubérculos apelotonados, no dejando ni el más pequeño espacio de peritoneo á la vista.

El curso post-operatorio fué bueno; á los ocho días de operada ya contenía bastante líquido su vientre; el 28 de Junio salió del Instituto, y en los primeros días de Julio marchó á su casa.

Poco duró la mejoría que se obtuvo con la operación; el proceso fímico continuó su evolución; volvieron los vómitos (diez y siete, diez y ocho diarios); la diarrea serosa fué en aumento (unos días 20 y otros 29 deyecciones); gran aplanamiento; en fin, su estado era peor que antes de operarse.

Para aliviarla se le practicaron ocho paracentesis en las siguientes fechas: 17 Julio 1900, 30 Julio, 16 Agosto, 10 Septiembre, 11 Octubre, 1.° Noviembre, 4 Diciembre, y la octava y última el 6 de Febrero de 1901. De cada vez se le extraían de cuatro á cinco litros de una serosidad límpida y de color ambarino. No volvió á coleccionarse líquido en su abdomen; pero al mes siguiente de la última paracentesis se le presentaron en la pared anterior de su vientre tres ó cuatro abscesos fríos que fué preciso dilatar; la secreción de éstos era sero-purulenta; tardaban en cicatrizar, y no bien se curaban unos cuando se formaban otros; un año—desde Marzo de 1901 á Marzo de 1902—transcurrió en curarse de estos abscesos.

El 26 de Julio de 1902 cae de nuevo enferma con pleuresía de regular intensidad y con derrame; se evacuó por punción un litro de serosidad, cediendo la inflamación pleural á dos vejigatorios y curándose sin dejar vestigios ni tos. Abandona la cama el 10 de Septiembre.

Resumen de la marcha de la enfermedad de esta señora después de la operación: la falta de fuerzas y la agravación de su estado le hacen estar en cama doce meses, durante los cuales se le practican ocho paracentesis; á los nueve meses de operada, formación de abscesos subcutáneos en la pared del vientre, que tardan en curarse un año; finalmente, en 1902, pleuresía con derrame, y sufre una nueva operación. Antes de enfermarse pesaba 72 kilogramos; cuando empezó á convalecer su peso era de 40 kilos; hoy día, completamente restablecida, pesa 71 y medio kilos.

Han contribuído á este feliz resultado los cuidados y la inteligente asistencia que le ha prestado mi amigo y colega el doctor don Agustín García Julián, que es quien me ha facilitado los datos consignados. Me complazco en hacerlo público, así como mi gratitud, porque dada la importancia del proceso tuberculoso que padecía

Digitized by Google

esta señora, á nadie hubiese extrañado que terminase funestamente: mi amigo luchó con fe y entusiasmo; el éxito más lisonjero ha coronado su trabajo.

V

El Lunes Santo del año último fuí requerido por una señora que vive en Madrid, y á quien hace años conozco, para que examinase á una enferma forastera que alojaba en su casa. Defiriendo á su ruego reconocí á la enferma en mi consultorio, sin recoger ningún dato anamnésico, yéndome directamente á explorar su vientre, que estaba bastante abultado y globuloso, y donde ella decía que residía su enfermedad. En efecto, había bastante líquido libre en la cavidad abdominal; el peritoneo muy engrosado y en forma de placas de superficie rugosa y distinto espesor; los anejos uterinos engrosados, formando dos masas amorfas á ambos lados de la matriz, muy movibles y como flotando en el líquido abdominal; útero en posición, inflamado, con extensa eversión de su mucosa cervical, y flujo leucorreico abundante y moco-purulento; su estado general dejaba mucho que desear; estaba muy delgada, febricitante, piel seca, color amarillento; el examen de los pulmones, hígado y bazo dió resultado negativo.

Interrogada, me manifestó lo siguiente: que se llamaba Lucila G. A., tenía treinta y cinco años, era casada, había tenido varios hijos y era natural de Villamayor, provincia de Ciudad Real, pero domiciliada en Balsain.

Ningún antecedente hereditario ni personal digno de mención; bien reglada desde los diez y seis años, tuvo un parto prematuro á los seis meses de casada, expulsando dos fetos; el último parto el 15 de Mayo de 1903.

En Noviembre de 1904 comienza á sentirse mal, con vómitos, diarrea, enflaquecimiento general; se le hincha el vientre y no tiene la menstruación. Sospecha esté embarazada, pero pronto desecha tal suposición, porque al mes siguiente y sucesivos menstrúa normalmente.

Era evidente se trataba de un proceso tuberculoso de los anejos del útero y del peritoneo, y que como nada saliente había ocurrido en los cinco meses transcurridos desde el principio de la enfermedad hasta la fecha en que yo la exploraba, omito detalles de su marcha. Aceptó la proposición que la hice de tratar su padecimiento quirúrgicamente.

El 21 de Abril, dos días después de haberme encargado de su asistencia, en una casa de salud, intervine, practicando la laparoto-

Digitized by Google

mía media: se evacuaron unos cinco litros de líquido turbio y pardusco; hice ablación rápida de los anejos uterinos, y cerré la herida. Las lesiones de los anejos y del peritoneo indicaban que el proceso era de más tiempo del que creíamos, por lo extensas y gruesas que eran las membranas de nueva formación y el aspecto y apelotonamiento de los tubérculos.

La configuración que presentaban á la vista los anejos uterinos era el de los órganos destruídos é incapaces de cumplir con las funciones que tienen que desempeñar; parecían dos masas madrepóricas flotando en el exudado líquido, de color rojo violáceo, muy friables, muy movibles, que sangraban al más pequeño contacto; no era posible distinguir la trompa del ovario (tan engrosados y confundidos estaban los elementos anatómicos de que están formados estos órganos); fácil hubiese sido extirparlos por arrancamiento; en fin, en cada anejo coloqué dos asas cruzadas de seda gruesa y por debajo una en masa, seccionando por encima con el cuchillo del termo; y, contra lo que esperaba, las ligaduras no cortaron los tejidos enfermos y pudo hacerse la hemostasia de los vasos.

El 17 de Mayo se le dió el alta; catorce meses han transcurrido desde el día en que se le operó; su estado en la actualidad es muy satisfactorio—según noticias facilitadas por el médico de la localidad en que reside;—no se le ha vuelto á llenar el vientre de exudado líquido, pero aún continúa supurando la comisura inferior de la herida, por la que comenzó á fluir pus desde el décimo día siguiente á la operación.

VI

María G. A., casada y de cuarenta y un años, hermana de la enferma anterior, también fué presentada en mi consulta por la misma señora, en Diciembre del año pasado.

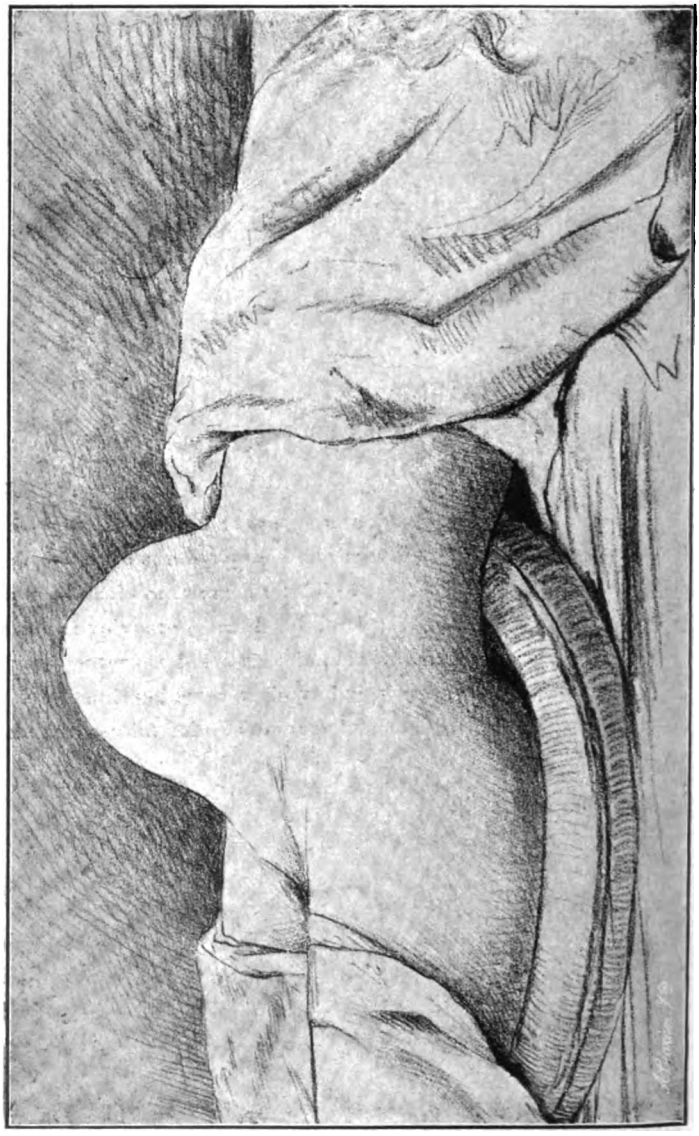
La historiada ha padecido pocas enfermedades; no refiere más que algún trastorno digestivo, acompañado de vómitos acuosos y filamentosos, á los treinta años, y después dolores en el hipocondrio derecho, que desaparecieron pronto.

A los diez y siete años regló por primera vez, siendo sus menstruaciones siempre escasas. Ha tenido dos partos: el primero prematuro, á los siete meses, falleciendo el feto antes de las veinticuatro horas; el segundo á término: vive todavía el niño.

La enfermedad que actualmente padece data de cinco meses: empezó con calenturas, dolores en las piernas, pies, que estaban edematosos, antebrazos y manos; tomó baños calientes de cocimiento de hierbas aromáticas, y á los catorce ó quince baños desaparecieron los dolores, y entonces comenzó á sentirlos en el vien-

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

FIGURA 2.ª

FORMA DEL VIENTRE DE LA ENFERMA NÚM. VI

La figura prominente de este abdomen, estando acostada la enferma, obedecía á estar enquistado su contenido líquido. Laparotomizada, se vió que la bóveda superior que limitaba el exudado líquido al nivel de la región umbilical era la masa total de las asas del yeyuno é íleon cubiertas por una envolvente estratificada, delgada y translúcida, que permitía ver algunos contornos de las mencionadas asas; al evacuarse el líquido se vieron desplegados el mesenterio y el mesocolon pelviano y descender lentamente la masa intestinal á ocupar la concavidad inferior del abdomen.

Digitized by Google

tre y que éste se hinchaba, á la vez que se presentaron trastornos funcionales del tubo digestivo, traducidos por falta de gana de comer, náuseas y diarrea. Al principio de esta nueva localización de la enfermedad, los dolores arrancaban de ambas regiones renales y de las zonas correspondientes á la parte más baja de la jaula torácica (cartílagos costales), irradiándose de estos sitios á la región epigástrica; poco tiempo después, la neuralgia—que era variable en intensidad y accesional—se había localizado en el lado derecho; en ambos costados se le habían hecho repetidas aplicaciones de vejigatorios, pero más en el derecho, por ser más vivo, constante y duradero el síntoma dolor.

Estudiado el caso, pude comprobar lo siguiente: que era, como su hermana, una persona de pobrísima constitución; de tórax mal conformado, con todas sus dimensiones menores que el promedio normal: el examen de los pulmones revelaba disminución notable del murmullo vesicular en su tercio inferior (¿era esto debido á condensación del parénquima pulmonar ó á engrosamiento inflamatorio de las pleuras?); estaba tan delgada que le hacían relieve todos los huesos; piel y conjuntivas teñidas de amarillo verdoso casi negro; voz como cavernosa, pulso frecuente (90 á 100 por minuto); de 30 á 35 excursiones respiratorias por minuto; el recargo febril vespertino era de medio á un grado; sudaba copiosamente por las noches; contrastaba con el enflaquecimiento el volumen exagerado de su abdomen, cuya forma de esferoide alargado pocas modificaciones sufría con los cambios de posición, y aunque este signo físico y el que se recogía por la percusión, consistente en macicez en toda la superficie del abultamiento y en todos los decúbitos, hacían pensar en la existencia de un quiste ovárico, la palpación evidenciaba que era un derrame peritoneal enquistado, así como también el tacto combinado, que permitía explorar con facilidad el aparato de la generación, examen imposible de practicar (en la mayoría de los casos) cuando son voluminosos los quistes ováricos; el útero estaba en retroversión pronunciada.

Diagnóstico.—Peritonitis tuberculosa de forma ascítica. 19 Diciembre 1905. Laparotomía: evacuación de cinco litros de líquido amarillo-oscuro y turbio; oclusión de la herida con la sutura rápida de Jonnesco. (Véase la fig. 2.ª que acompaña á esta historia.)

Al tercer día de operada, bronconeumonía de la base del pulmón izquierdo; tres días después se afecta de idéntica manera la base del otro pulmón, agravándose mucho y dudando se salvase. Mejora muy lentamente, y el 8 de Enero abandona el Sanatorio para regresar á su casa. En la actualidad se encuentra bien; no se ha vuelto á coleccionar exudado líquido en el abdomen; uno de los puntos de sutura continúa supurando.

Digitized by Google

VII

Doña Modesta M. N., natural de Cabezarados (Ciudad Real), de veintinueve años, casada, bípara, dedicada á sus labores.

Sus padres viven y disfrutan de buena salud; sólo ha tenido un hermano, que murió de repente á los diez y nueve años.

De niña ha sufrido el sarampión y una erisipela facial. Primera menstruación á los diez y seis años, con un ligero dolor al empezar, de tres ó cuatro días de duración y escasa; las sucesivas, de iguales condiciones; y en cuanto á periodicidad, unas veces se adelantaba y otras se retrasaba cuatro ó cinco días. Contrajo matrimonio á los veinticinco años y ha tenido dos partos normales con fetos vivos; pero al partir del segundo, ocurrido en 19 de Junio de 1905, viene sintiéndose enferma. Empezó con desgana de comer, acedías y disminución en la secreción láctea, hasta que por fin se suprimió por completo; algo de tos seca, pequeños dolores al vientre, y poco á poco y simétricamente éste fué aumentando de volumen. La neuralgia abdominal, cuando se le presentaba, invariablemente partía de las profundidades del centro de la bóveda diafragmática, acelerando la respiración é irradiándose de atrás á adelante y de arriba á abajo á la región epigástrica. El aparato digestivo funcionaba normalmente. De ordinario la piel de esta enferma estaba caliente y sudorosa, y por las noches sudaba profusamente la mitad superior de su cuerpo.

El adelgazamiento, la falta de fuerzas, la disnea que de continuo aquejaba, el dolor y abultamiento del vientre, hicieron fuese á consultar con un profesor afamado de aquellos contornos el día 2 de Septiembre, quien diagnosticó su enfermedad de tuberculosis pulmonar y le puso 80 botones de fuego; otra visita le hizo en el mes de Noviembre y ratificó el diagnóstico, aconsejándole continuara con el tratamiento farmacológico dictado en el mes de Septiembre.

El profesor que la asistió en el pueblo aseveró que su padecimiento residía en el vientre y no en los pulmones.

El volumen del vientre sufría oscilaciones de aumento y disminución, y el dolor era intermitente y fué haciéndose más intenso á medida que llevaba más tiempo de enferma.

El más pequeño esfuerzo le provocaba accesos de sofocación; de continuo está disneica (40 á 50 excursiones respiratorias por minuto); la fiebre es escasa, el pulso pequeño y muy frecuente (120 á 130); su rostro revela un sufrimiento grande y tristeza profunda.

A principios de Abril de este año vino á mi consulta esta señora, y me hizo saber que acababa de ser reconocida por el distinguido y

Digitized by Google

competente médico D. Juan Manuel Mariani, el cual le había manifestado que no padecía tuberculosis pulmonar y que debía ponerse en manos de un ginecólogo.

He aquí los signos físicos recogidos por el reconocimiento manual de su abdomen: líquido libre; membranas de envoltura tan adelgazadas, que en los cambios de posición se veía el movimiento ondulatorio del exudado líquido que contenía el vientre y se dibujaban algunas asas de intestino y una masa esférica achatada en las regiones epigástrica y umbilical siguiendo el ritmo de los movimientos respiratorios; la palpación evidenciaba que la masa esférica visible se continuaba con otra mayor, también aplanada y lateral, que ocupaba la mitad izquierda é inferior del abdomen, flotaba en el líquido y debía corresponder al omento.

No vacilé en diagnosticar el caso de peritonitis tuberculosa de forma ascítica y proponerle la operación.

El 8 de Mayo de 1906 operé á esta enferma en el Sanatorio «La Purísima Concepción». Amplia incisión media con resección de la cicatriz umbilical; evacuación del exudado peritoneal, que era límpido y de color ambarino; oclusión de la herida.

Las lesiones anatómicas observadas fueron éstas: buen número de asas del yeyuno fuertemente hiperemiadas, de color rojo vinoso azulado, con disminución evidente de su calibre y sembrada su serosa de revestimiento—y especialmente su borde mesentérico—de numerosos tubérculos blanco-amarillentos, algunos del tamaño de habas; este pelotón de asas yeyunales era el que se dibujaba por sus contornos debajo de la piel en los movimientos respiratorios y á cuyas asas cubrían en gran parte, por la izquierda el epiplón inflamado y por la derecha un voluminoso quiste adventicio de contenido seroso turbio, implantado en el ángulo derecho y hoja inferior del mesocolon transverso: en la hoja opuesta del mismo meso, y casi á la misma altura, otro quiste adventicio más pequeño; los ganglios de este meso y del gran mesenterio, engrosados y duros; el omento parecía un lipoma bilobulado y desviado á la izquierda; peritoneo parietal y visceral sembrado de tubérculos riciformes; las lesiones principales correspondían al epigastrio y mesogastrio.

La mejoría después de la operación fué casi inmediata; respiración y circulación á los dos ó tres días se normalizaron; comienza á comer con apetito, se queda infebril y no suda por las noches. A los quince días de operada, ya existía líquido coleccionado en su vientre y vuelven á reaparecer la disnea, anorexia y temperaturas de 5 décimas á un grado por las tardes; pocos días después mejora de nuevo y se nota disminución manifiesta en el volumen del vientre; sin embargo, como se trataba de una enferma forastera, el día 5 de Junio le hago la paracentesis y no consigo sacar sino unas

Digitized by Google

gotas de líquido ambarino, por más que moví la cánula del trócar en distintas direcciones. El mismo día por la tarde marchó á su pueblo.

VIII

María G. P., natural de Ose (Asturias) y de trece años de edad; enferma de pobrísima constitución y muy poco desarrollada para la edad que tiene.

Su madre murió á los treinta y seis años; su padre y un hermano, único que tiene, viven.

Esta niña á los nueve años tuvo una afección ocular doble; en todo tiempo erupciones en la piel, bien detrás de las orejas, bien en los labios; costras en el cuero cabelludo hasta hace un año.

De un mes á esta fecha llamó la atención de su familia el que se le hinchase el vientre, si bien desde que vino del pueblo el año 1901 ya era notable el abultamiento de su vientre.

Entre los síntomas que han descollado en el cuadro de esta enfermedad—que lenta y silenciosamente se ha ido desarrollando—figuran de preferencia los del aparato digestivo: inapetencia; si se excedía al comer, vomitaba; diarrea, dolores frecuentes y fuertes de vientre; ha tenido fiebre algunas veces seguida de sudor abundante en la cabeza y frente; su aspecto es tristón, la respiración un poco frecuente, y ligera cianósis en el rostro.

Presentaba su vientre los signos físicos que caracterizan la peritonitis tuberculosa de forma ascítica; y el 16 de Abril de este año la circunferencia del vientre al nivel del ombligo era de 63 centímetros, y el 5 de Mayo de 65.

El 9 de Mayo de este año laparotomicé á esta niña en el Instituto Rubio. Las serosas peritoneal y visceral eran asiento de una siembra de tubérculos riciformes confluentes; ninguna otra lesión existía. El 30 de Junio se le da el alta: su herida, cicatrizada; se notaba poco líquido en el abdomen.

IX

Teresa N., natural de Salamanca, veintisiete años, casada desde hace cinco años, nulípara.

No existen antecedentes patológicos hereditarios; su madre vive y ha gozado y goza de buena salud; otro tanto puede decirse de dos hermanos; únicamente que uno de ellos, á consecuencia de una caída, tuvo un proceso en una costilla, que motivó el que le resecaran un trozo de diez centímetros de la misma, y curó perfectamente; su padre murió de lesión cardíaca, á la edad de treinta y dos años.

Digitized by Google

De niña no ha padecido enfermedad alguna; á los diez y ocho años viruela confluente, y un año después erisipela facial grave.

Regló por primera vez á los quince años; esta regla fué indolora y duró ocho días; las siguientes mientras permaneció soltera fueron periódicas y de iguales caracteres. De casada, en los tres primeros meses no tuvo la menstruación; las sucesivas han sido abundantes y acompañadas de grandes dolores, de cuatro días de duración y generalmente retrasadas. No ha tenido partos ni abortos.

Hace dos años, y en ocasión de hallarse menstruando, recibió un gran susto con motivo de haber volcado el carro en que ella y su madre iban, aunque afortunadamente salieron ambas ilesas.

Este accidente desagradable fué causa de que se le suspendiese la regla, y comenzó á sentir dolores no muy intensos en ambas fosas ilíacas y la sustitución del flujo sanguíneo por el leucorreico. Desde entonces empieza á adelgazar; las reglas son dolorosas—como se ha hecho constar más arriba;—en los períodos intermenstruales, leucorrea moco-purulenta abundante, y casi de continuo aquejaba neuralgia abdominal y lumbo-sacra, que en ocasiones adquiría tales caracteres de violencia, que ni con dosis masivas de clorhidrato de morfina en inyecciones hipodérmicas se le calmaban. Ningún trastorno funcional por parte del tubo digestivo.

Muy recomendada por un amigo, reconocí á esta señora en mi consulta, y el resultado de la exploración manual é instrumental fué el siguiente: Las dos trompas estaban enfermas, muy engrosadas y duras, sinuosas; existían en ellas verdaderas dilataciones ampulares, sin que pudiese aseverarse que el contenido de estas bolsas fuese líquido; ambas rebasaban el estrecho superior, la derecha más que la izquierda; el útero se encontraba en retroversión, aprisionado entre ambas tumoraciones; la porción vaginal de su cuello, alargada, medía ocho centímetros.

El reconocimiento avivaba los dolores pelvianos que sufría esta enferma. En vista de lo expuesto y de la ausencia de antecedentes gonocócicos por parte del marido, y de otros datos que pudiesen orientarme, formulé el diagnóstico de anexitis doble con pelvi-peritonitis subaguda concomitante y alargamiento hipertrófico de la porción vaginal del cuello uterino. Aconsejé á la interesada la necesidad de operarla por el vientre, y aceptada que fué por ambos cónyuges mi proposición, ingresó en el Institute Rubio el 28 de Enero de 1905.

Practiqué la laparotomía el 1.º de Febrero. Una vez abierto el abdomen, comencé por despegar con los dedos la cara anterior de la trompa derecha—que era una gran bolsa—del peritoneo parietal, con el que estaba fuertemente adherida; á las primeras tentativas se abrió la bolsa y salió una sustancia semisólida, homogénea, ama-

Digitized by Google

rillenta, meliciforme, análoga á la de los quistes dermoídeos; inmediatamente puse una pequeña cantidad en una compresa esterilizada, y rogué al Dr. Moreno Melgar investigase lo antes posible la naturaleza de aquella sustancia. Continué despegando pacientemente los anejos del lado derecho del peritoneo parietal, del mesociego y del fondo de Douglas, extirpándolos *in toto* después. El ovario era una masa rojo-negruzca, del tamaño de una nuez grande, y que se deshacía entre los dedos; salió aprisionado entre las sinuosidades de la trompa. En este momento me comunicó el Dr. Moreno que la sustancia homogénea analizada era pus, en el que se veían los microbios ordinarios de este líquido patológico. Procedí á la extirpación de los anejos del lado opuesto, separándolos del peritoneo parietal, de la hoja inferior del mesocolon pelviano y, por tracciones vigorosas, del fondo de saco de Douglas, donde descansaba otra gran bolsa purulenta correspondiente á la terminación libre de la trompa izquierda. Limpia ya la pelvis de estas tumoraciones de regular volumen, al explorarla con la vista apreciamos las siguientes lesiones: todas las superficies de la serosa donde estaban adheridos los anejos uterinos estaban desgarradas, sangrando, de distinto color en zonas diferentes: en unas, rojo azulado; en otras, ceniciento; en otras, rojo vivo, y todas ellas sembradas de detritus mortificados de los tejidos enfermos que se habían adherido; en la hoja izquierda del meso recto, y enclavado en ella, un buen trozo del ovario del mismo lado, degenerado, y, finalmente, en la zona de serosa limpia, que tapiza la gran concavidad de la mitad posterior de la pelvis, existía una siembra discreta de granulaciones grises tuberculosas. Coloqué cura á lo Mikulicz en el fondo de saco de Douglas, y cerré la herida abdominal, dejándola abierta en su comisura inferior.

El curso post-operatorio no ofreció novedad: ni vómitos ni elevación térmica; la circulación intestinal ya se había restablecido. Al tercer día de operada se la tiñeron la piel y las conjuntivas de un ligerísimo tinte subictérico, y el termómetro se elevó unas décimas; sin otra particularidad, así pasó todo el día. Cuando fuí al día siguiente á verla, esta enferma no hablaba, no conocía á nadie, tenía los ojos cerrados; de vez en cuando llamaba á su madre quejumbrosamente; tenía 39° de temperatura; era presa de un coma profundo, y piel y conjuntivas tan coloreadas como las de los pacientes que tienen la enfermedad de Hanot. Me apresuré á levantarle la cura, y al quitarle las gasas y el embudo en que iban envueltas, salió bastante serosidad peritoneal del color de la bilis. Ocluí con nuevas gasas el antro peritoneal y exploré detenidamente el hígado y el bazo, siendo negativo el resultado de la exploración. En el acto de la cura permaneció impasible la enferma, con los ojos cerrados y en un estado de relajación muscular como si estuviese anestesiada.

Digitized by Google

Le prescribí un purgante de calomelanos, dieta láctea absoluta y agua mineral de Villaza.

El estado comatoso duró diez y ocho horas, y cuatro ó cinco días después su color era normal, no tenía fiebre y había recobrado su buen humor habitual.

Esta angiocolitis troncular pasajera debe atribuirse á la acción química del cloroformo, y no á una infección bacteriana ascendente procedente de la mucosa intestinal, que es la patogenia admitida hoy día para aquel proceso patológico. Pocas veces se ve en la práctica esta complicación post-operatoria.

El 13 de Marzo se le hizo la última cura, y á los pocos días marchó al campo á pasar una larga temporada.

Diez y seis meses han transcurrido desde el día en que se la operó. Como la enferma se encuentra en buen estado de salud, estamos autorizados á pensar que se ha curado su inflamación peritoneal tuberculosa, por lo incipiente que era, por lo circunscrita, por el gran traumatismo producido, por la operación sobre su superficie y por dejar ésta en comunicación con el exterior.

He seguido con mucho interés el curso del proceso local de esta enferma, y con satisfacción consigno que ni quistes adventicios ni exudados sólidos ó líquidos se han formado en la pelvis que hiciesen pensar no había terminado aún la evolución del proceso inflamatorio peritoneal fímico; el útero está movible, los fondos de saco flexibles; ni rastro queda de la extensa inflamación de la serosa pelviana que un día existió.

X

Pascuala G. B., natural de Budia (Guadalajara), de veintisiete años, obrera, casada y nulípara; reside en Madrid.

No tiene antecedentes patológicos hereditarios ni personales relacionados con su enfermedad.

Casó á los veinticuatro años; no ha tenido partos ni abortos; sus menstruaciones han sido regulares en cantidad é indoloras; su primera regla la tuvo á los diez y ocho años.

La enfermedad que padece en la actualidad dió principio en el mes de Junio de 1905, insidiosamente, con náuseas, malestar general, dolores vagos por todo el cuerpo, pérdida de apetito, poca disposición á trabajar, y para sentarse se apoyaba sobre los muslos y no sobre las nalgas, con el tronco inclinado hacia delante á fin de atenuar los dolores que continuamente sufría en el vientre. Así transcurrieron tres meses, hasta que un día fué acometida de súbito é intenso dolor pungitivo en la fosa ilíaca derecha, balonamiento de vientre; las micciones y deposiciones escasísimas que hacía eran

Digitized by Google

muy dolorosas. Avisado un médico, al ver el cuadro sintomático descrito, creyó se trataba de una obstrucción intestinal completa ó incompleta. Se le dieron baños generales cada media hora, se le administraron calmantes, purgantes y enemas, consiguiendo cesase el dolor, pero sin obtener el restablecimiento del curso intestinal, que era lo que también se perseguía. En vista de esto, y por si necesitase una intervención de urgencia, decidieron llevarla al Hospital de la Princesa, donde ingresó, ocupando la cama núm. 13 de la Sala de Santa Agueda. Merced á irrigaciones intestinales altas con sonda rectal, se obtuvo lo que se buscaba, y la enferma, bastante aliviada, pidió el alta á los tres días de ingresar, y á los pocos días marchó á convalecer á su pueblo. Los primeros que pasó en el campo aún anduvo encorvada por el dolorimiento abdominal que sentía, restos de la inflamación peritoneal aguda recientemente sufrida; paulatinamente fué mejorando; dos meses después, bien repuesta y al parecer curada, regresó á Madrid el día 15 de Diciembre.

Al día siguiente de su llegada comienza á sentirse indispuesta, presentándose á los dos ó tres días los mismos síntomas con que se manifestó la enfermedad en el mes de Junio, ó sea astricción, dolor constante en el vientre con exacerbaciones y que la obligan á andar encorvada, dolores vivos al orinar y defecar; pero el abdomen no se le abultaba. En este estado de malestar continuo van pasando los días, hasta el 25 de Enero de este año, en que de una manera brusca é inesperada se agudiza por segunda vez el proceso peritóneal, y á media noche es avisado el doctor D. Ruperto Sánchez para que se encargara de su asistencia. Este comprofesor me rogó al otro día viese á esta enferma para después cambiar impresiones. Reconocida con escrupulosidad, estuvimos conformes en que se trataba de una peritonitis difusa, segunda agudización de una pelvi-peritonitis crónica que tiempo ha venía padeciendo esta enferma—según claramente se desprendía de los datos anamnésicos por ella referidos,—pelvi-peritonitis consecutiva á su vez de una anexitis bilateral. El estado de su aparato genital era el siguiente: gran tumoración fluctuante, hemiesférica, en el lado derecho, que abombaba el fondo vaginal homónimo y el posterior, rechazando el útero contra la sínfisis pubiana y lado opuesto, laterizándole oblicuamente; era imposible practicar el tacto combinado, por el estado del peritoneo y balonamiento del vientre; la exploración vaginal, muy dolorosa. Continuó con el plan dictado por el Sr. Sánchez, y gracias á él fué mejorando la enferma; los primeros días la fiebre alcanzó por las tardes la cifra de 39° y décimas. Después de quince días de cama, bastante aliviada, ingresó en el Instituto Rubio para continuar guardando reposo y seguir con las irrigaciones vaginales y rectales.

A su ingreso en la clínica la reconocimos por segunda vez, y

Digitized by Google

apreciamos que la tumoración había disminuído algo de volumen, que era muy oscura la fluctuación que diez y seis días antes nos había parecido muy evidente, y que á pesar de poderse practicar ahora el tacto bimanual, no se comprendía con la mano el segmento superior de la tumoración, lo que nos hacía pensar que intestinos y omento estuviesen adheridos entre sí y á la cubierta de aquélla.

Reconocida por tercera vez el 26 de Febrero, vimos que la mencionada tumoración se había reducido á una mitad de su tamaño; la exploración era ligeramente dolorosa; la enferma llevaba varios días sin fiebre, había mejorado mucho, estaba sin dolores pelvianos; *sospeché* que el agente responsable de este complicado proceso inflamatorio fuese el bacilo de Koch, y decidí operarla.

28 Febrero 1906.—Incisión media desde un través de dedo del ombligo á la sínfisis: destruí las adherencias flojas que unían el gran epiplón al peritoneo parietal y que ocultaban por completo el contenido de la pelvis; del útero y sus anejos no se veía sino una delgada franja del fondo de aquel órgano; el espacio de Retzius, ocupado totalmente por exudados plásticos concretos. Separé la cara posterior del útero, con gran cuidado, de la hoja inferior del mesocolon pelviano, poniendo al descubierto el Douglas, que contenía masas caseosas; continué por el lado derecho despegando la hoja posterior del ligamento ancho del mesociego; en este antro había bastante cantidad de materia caseosa, dando por terminada la intervención, por creer una temeridad, y temeridad innecesaria, separar los anejos de este lado de las adherencias peritoníticas que tenía con el ciego y apéndice, y que los ocultaban á nuestra vista; por lo demás, no apreciábamos por el tacto que estuviesen muy engrosados; los anejos del lado izquierdo tampoco se veían, por estar envueltos en exudados y cubiertos por asas de intestino delgado y del colon pelviano; este intestino grueso se extendía desde un lado al otro de la pelvis mayor, cubriéndolo todo; se evacuaron unas tres onzas de exudado líquido transparente y de color ambarino; toda el área de las serosas inflamadas estaba sembrada de las granulaciones riciformes características de los procesos tuberculosos. Cerré la herida.

De manera que la tumoración que tanto nos había hecho pensar, era un conglomerado formado por los anejos uterinos (que eran los que menos abultaban), el ciego y exudados caseosos. Esta disposición explica las modificaciones tan sensibles de volumen que sufría, y los fenómenos de pseudo-obstrucción que padeció esta enferma. La vejiga, aprisionada entre el útero, por detrás y por encima, por la gran cantidad de exudados inflamatorios que llenaban el espacio de Retzius, tenía necesariamente que vaciarse á menudo, y que las micciones fuesen dolorosas.

Digitized by Google

El curso post-operatorio fué bueno, dándosele el alta el 24 de Marzo. Posteriormente se le ha abierto un abscesito superficial en el tercio inferior de la herida, del cual aún no está curada. Su estado general, muy satisfactorio.

XI

El día 6 de Febrero del año actual vino á mi consulta una enferma que reside en Toledo, muy recomendada por dos operadas mías que habitan en aquella ciudad. La paciente se llama Tomasa Z., tiene veinticinco años, es casada y natural de Alcalá de Henares; está muy delgada y pálida.

Como su vientre estaba enormemente abultado y colgón, y según sus manifestaciones allí tenía asiento su enfermedad, desde luego comencé por examinar aquél, encontrando: que contenía mucho líquido, pero sin cubierta propia; que las cubiertas del abdomen eran muy flexibles; de ahí que se viese perfectamente el movimiento ondulatorio del líquido al percutir y que la masa del vientre se moviese, aplastándose al comprenderla entre las manos y moverla en distintas direcciones; al sentarse se proyectaba en masa, achatándose el plano superior (véanse las figuras 3.ª y 4.ª); en toda la extensa superficie del abultamiento abdominal y en todas las posiciones, la percusión superficial y profunda daban macicez. El útero estaba movible, en posición, un tanto desviado á la izquierda; los fondos de saco vaginales derecho y posterior, prominentes y convexos, y á través de ellos se transmitía con claridad la onda líquida á pesar del espesor de la envolvente en esta parte.

Después de este examen dije á la interesada y á sus padres que de lo que se trataba era de una peritonitis tuberculosa de forma ascítica, enquistada, y que procedía operarla. Entonces me refirieron que dos compañeros que la habían visto en Toledo opinaban como indispensable la intervención, pero su parecer con respecto al diagnóstico era diferente: uno sostenía que era un quiste ovárico, y el otro que era ascitis.

Pasé luego á recoger los datos anamnésicos.

No tiene antecedentes patológicos hereditarios ni individuales. Tuvo su primera regla á los doce años; las menstruaciones sucesivas, escasas y dolorosas.

Ha tenido dos partos normales, el último en Enero de 1906. En el puerperio de este último parto tuvo fiebre de pequeña intensidad durante ocho días, con escalofrío inicial el primer día. Atribuye su enfermedad á haberse levantado al quinto día de haber dado á luz; sin embargo, ella observó que se le quedó un vientre muy voluminoso después de este parto, y que rápidamente fué aumentando, haciendo que las digestiones fuesen laboriosas, produciéndole gran

Digitized by Google

FORMA DE ESFERA APLANADA DEL VIENTRE DE LA ENFERMA NÚM. XI

Digitized by Google

Digitized by Google

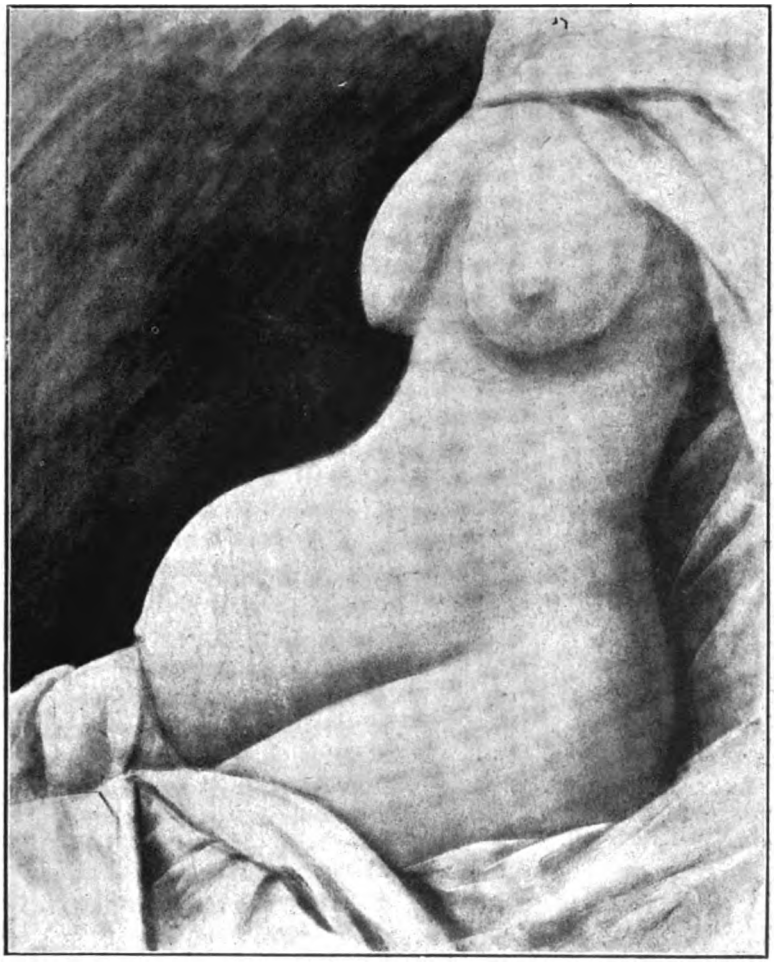


FIGURA QUE TOMABA EL ABDOMEN ABULTADO
DE LA ENFERMA NÚM. XI AL SENTARSE

Digitized by Google

Digitized by Google

malestar é intranquilidad los dolores que continuamente sentía en el vientre.

Un mes escaso hacía que había parido esta enferma cuando vino á consultar. Como en aquel entonces no podía darle entrada en el Instituto, me dijeron que ingresaría en la sala de distinguidos del Hospital de la Princesa, y así lo hizo el día 7 de Febrero.

Como el caso me interesaba, rogué á mi distinguido amigo y comprofesor D. Antonio María Cospedal—que era el profesor que debía operar á esta enferma—me permitiese presenciar la intervención, á lo que accedió gustosísimo con la galantería que le caracteriza.

Descripción de la operación practicada por el Dr. Cospedal el día 15 de Febrero de 1906: Incisión media é infraumbilical; evacuación de unos 10 litros de exudado peritoneal, líquido sero-sanguinolento, de color análogo al de las disoluciones de permanganato potásico, que es el que tiene más parecido con las disoluciones de hemina; desprendimiento con gasas esterilizadas de las múltiples neomembranas blandas, de color amarillo grisáceo, que estaban flojamente adheridas á las paredes de la gran cavidad puesta al descubierto; muchas de estas membranas eran filamentosas, flotaban en el líquido y parecían haber sido quistes adventicios; oclusión de la herida, sin dejar hilos de sutura perdidos.

Lesiones anatómicas observadas: peritoneo parietal muy engrosado (tres á cuatro milímetros), hiperemiado y de color rojo vivo; no se veía ninguna víscera abdominal ni pelviana; la concavidad súpero-posterior del abdomen, ocupada por dos abultamientos convexos—mayor el derecho que el izquierdo,—y separados por un profundo surco vertical que llegaba á las inmediaciones del lado izquierdo de la columna vertebral; no cabía duda que estas dos grandes lobulaciones las formaban los intestinos; el suelo pelviano ofrecía á la vista una gran superficie cóncava, pero sin hacer relieve ni el útero ni sus anejos; todas estas superficies presentaban el mismo aspecto y color del peritoneo parietal, intensamente coloreadas; sangraban al frotarlas, é indudablemente eran membranas estratificadas de reciente formación.

Era por demás evidente que esta enferma padecía una peritonitis crónica exudativa hacía tiempo, que se manifestó y aceleró su marcha en su segundo puerperio; que el exudado líquido terminó por enquistarse; pero lo que llama la atención en este caso, lo que parece inverosímil, es lo silenciosamente que se ha desarrollado este importante proceso patológico, que apenas ha producido reacción general.

Ninguna particularidad digna de consignarse ocurrió en los días siguientes á la operación. Se le dió el alta el día 11 de Marzo.

(Concluirá.)

Digitized by Google

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Cirugía del aparato digestivo.

I. *La cirugía de la úlcera gástrica* (XXXV Congreso de la Sociedad alem. de Cir.).—Este asunto de actualidad ha sido extensamente discutido por los prácticos, que han podido apreciar en estadísticas suficientes las ventajas y los inconvenientes de los distintos procedimientos empleados hoy para su tratamiento. A. Benoît las estudia, y, dejando aparte las opiniones extrañas, procura destacar las conclusiones que han reunido la mayoría de sufragios, que no se alejan casi de las de la comunicación de Krönlein (de Zurich) y están bastante conformes con las ideas desenvueltas en Francia en el último Congreso de Cirugía.

Cualesquiera que sean los resultados del tratamiento medicamentoso y dietético de la úlcera del estómago, que conserva, necesario es decirlo, un excelente tanto por ciento de mejorías y curaciones, hay casos en los cuales no da éste nada, y no puede dar más. En este momento es cuando el cirujano entra en escena, «siendo necesario intervenir quirúrgicamente desde el momento en que un tratamiento dietético continuado no conduce á la curación. Además, SE DEBE operar si se trata de una estenosis del píloro. La insuficiencia motriz *puede* ser sometida al tratamiento quirúrgico. Las hemorragias repetidas exigen la gastroenterostomía. La operación precoz de la úlcera simple antes del tratamiento médico no está justificada».

El método de Hacker será preferido con justicia, por ser el que parece mejor contra el éxtasis alimenticio, siendo el solo posible cuando se encuentran adherencias numerosas ó úlceras de bordes callosos.

La escisión de la úlcera será siempre excepcional, porque la multiplicidad frecuente de las ulceraciones la hace ineficaz, aumentando notablemente la gravedad de la operación.

La resección del píloro estará reservada para los casos en que el volumen y la dureza del tumor hacen temer exista su degeneración cancerosa.

Son de notar las objeciones siguientes: Rydygier (de Lemberg)

Digitized by Google

defiende la resección, que es, aunque más grave, la sola intervención que pone al enfermo al abrigo de peligros ulteriores, y le acerca más á la curación perfecta; siendo siempre preferible, aun en caso de ulceraciones múltiples, haber quitado la más extensa y particularmente la de bordes gruesos, que predispone al cáncer. Es necesario no eliminar de las estadísticas los casos reconocidos más tarde como cancerosos, porque hay entre ellos úlceras degeneradas que se debería haber quitado.

Estas observaciones no bastarían para invalidar el hecho de que la gastroenterostomía basta para la curación, á las que se puede oponer algunos casos de muerte por hemorragia fulminante después de la resección de la úlcera.

Varios cirujanos preconizan la introducción por la nariz de una sonda muy blanda que llegue hasta el intestino, á fin de poder alimentar á los operados inmediatamente. (*Revue de Thérapeutique*, 1 Mayo 1906.)

II. *Úlcera gástrica dolorosa tratada quirúrgicamente tres veces.*—Como prueba de la tolerancia á las intervenciones, cuando no se trata de un caquéctico, es interesante la historia de un enfermo de Rotgans.

Se trataba de un hombre de cincuenta años que sufría gastralgias extremadamente vivas, y á quien, por ineficacia de tratamiento médico, decidió laparotomizar. Intervenido, se encontró en la pequeña curvadura, cerca del píloro, un tumor que el cuadro sintomático del enfermo no autorizaba á considerar como maligno, por lo que se le hizo gastroenterostomía en Y, para aliviarle y curarle si posible era.

Dos meses después, como los dolores no se hubieran calmado, se volvió á abrir el vientre, hallando, en lugar del tumor pilórico, tejido cicatricial que ocupaba su lugar; convencido de que se trataba de un proceso de curación de la úlcera, pero en vista de que el nuevo tejido comprimía el plexo coronario, el cirujano hizo su ablación, resecando parcialmente la pared del estómago al nivel de la pequeña curvadura, comprobándose que había habido perforación de la pared por la úlcera, seguida de curación por cicatriz, para lo cual parecía que la gastroenterostomía había sido útil. El enfermo resistió el shock operatorio, que fué considerable, y parecía curado, cuando seis meses más tarde aparecieron nuevos dolores, acompañados de tumor epigástrico.

Como había al mismo tiempo fenómenos inflamatorios, no se dudó en intervenir por tercera vez, encontrando como causa de los trastornos una úlcera péptica duodenal, desenvuelta sobre la parte anastomosada; al resecarla, se apercibió que había en la porción pilórica un tumor esponjoso incluído en el estómago, por lo que se le

Digitized by Google

abrió para quitarle, viéndose que se trataba de una masa de restos vegetales acumulados, lo más probable como consecuencia de la exclusión del píloro del círculo digestivo.

La curación fué completa. (*Nederl. hydschr. poor Geneesk,* 2 Diciembre 1906.)

III. *Ruptura de la vesícula biliar.*—Gildersleeve refiere la historia de una mujer de sesenta y dos años que entró en el hospital por una tumefacción dolorosa del lado derecho del abdomen, que se extendía desde el borde inferior de las costillas hasta por debajo del nivel de la espina ilíaca anterior y superior, y se diagnosticó de apendicitis.

No tenía ictericia, la temperatura era normal, muy moderado el dolor á la presión, y la enferma parecía de buena salud anterior, diagnosticándola Gildersleeve de distensión probable de la vesícula biliar, aunque semejante distensión pareció poco compatible con la benignidad de los síntomas.

Se determinó operarla al día siguiente, observándose que la hinchazón y los síntomas que la acompañaban habían desaparecido por completo, en tanto que el líquido que podía contener el tumor se había derramado en el peritoneo. Hizo una incisión poco más ó menos á igual distancia del punto de Mac Burney y el borde inferior de las costillas, encontrando una vesícula biliar muy voluminosa, de pared delgada y abierta.

Introdujo tres dedos en la vesícula, á través de la abertura; extrajo varios cálculos de tamaño medio, y comprobó la existencia de gran cantidad de líquido biliar en la cavidad pelviana, que fué retirado, buscándose además si había caído algún cálculo en el abdomen. Los conductos biliares estaban también libres de ellos.

Se suturó la vesícula con catgut crómico, dejando una aberturita para el paso del drenado, y se cerró la herida abdominal.

Al cabo de una semana, la herida fué cerrada, la temperatura era normal, y el enfermo estuvo completamente curado al cabo de tres semanas. (*Brooklyn med.,* 3 Marzo 1906.)

IV. *Tratamiento quirúrgico del íleo de forma frustrada.*—Lejars estudia bajo este título las formas clínicas de íleo en que faltan algunos síntomas capitales con marcha lenta, y que con el diagnóstico largo tiempo suspendido llegan á hacerse mortales. El intestino distendido se hace permeable á los microbios, pudiendo llegar á ser este estado tal que, en espera del agotamiento de los medios medicamentosos, la intervención, retardada de modo indefinido, llegue á ser absolutamente inútil.

La mortalidad es todavía considerable en los casos de que se ocupa.

¿Cuáles son estos hechos atípicos? Se pueden distinguir tres gru-

Digitized by Google

pos: 1.°, íleos *consecutivos* á otras *lesiones abdominales*; 2.°, íleos por *obstrucción mecánica*; y 3.°, íleos *paralíticos* ó *espasmódicos*.

En los *primeros* es siempre secundario, y va precedido de parálisis intestinal. De aquí que se acompañe de los síntomas de la afección causal y se encuentren precediéndole los de la apendicitis, de las diversas variedades de peritonitis ó de la trombosis de las venas meseraicas. Puede haber hasta vómitos fecaloídeos; se interviene, y la verdadera causa del íleo no se revela más que en el curso de la operación; pero si por ser los síntomas menos aparatosos se retarda la intervención, se corre el riesgo de operar demasiado tarde.

Las obstrucciones *mecánicas* pueden tener la misma evolución frustrada é incompleta. La cara permanece satisfecha, bueno el pulso, y, aun con ellos, la muerte llega, á pesar de la operación, que á veces no revela más que adherencias, no pudiendo hacerse más que la enterostomía.

¿Cuál es su mecanismo? El más general acodaduras múltiples por adherencias; puede acontecer la curación espontánea, pero la recidiva es común. Las bridas existen también con mucha frecuencia.

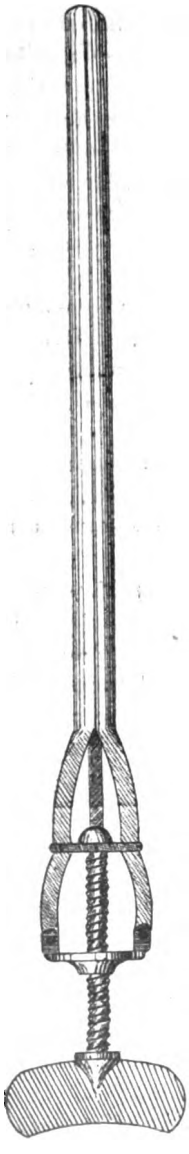
En el *tercer grupo* se encuentran los casos más engañosos para el operador, pues tienen por origen desórdenes funcionales de la musculatura, con lo que se trata más de estancación que de verdadera obstrucción, existiendo ya la paresia, ya la contractura. Los helmintos son frecuentemente la causa de la irritación refleja del intestino; Lejars cita á este propósito el caso de un hombre que fué laparotomizado por accidentes de íleo frustrado, en el cual se encontró un verme intestinal, sin ninguna otra lesión causal, por lo que se cerró el vientre; cesaron los vómitos, y tres días más tarde la curación era completa (Heidenheim).

La contractura del intestino alrededor de cálculos biliares es igualmente un hecho bastante común; lo son los traumatismos, y Lejars cita un caso que tuvo que operar por la persistencia del meteorismo: se trataba de un íleo frustrado de forma atenuada, al parecer benigno; la enterostomía derecha sólo dió salida á gases y escasos materiales; el intestino, distendido, no podía vaciarse de su contenido, y la muerte sobrevino con rapidez.

La conclusión práctica que deberá sacarse es: que en presencia de estas formas frustradas no debe esperarse alcanzar un diagnóstico seguro, imposible muchas veces; es necesario intervenir antes de que la estercoremia haya alterado el estado general, aun cuando luego en la operación no se halle nada, porque con frecuencia no hay obstrucción verdadera; ni se dejará de hacer la enterostomía,

Digitized by Google

que empleada sola es no pocas veces de eficacia grande, permitiendo al intestino rehacerse.



Sin embargo, es necesario reconocer que estas formas suministran al tratamiento médico sus principales indicaciones, y al menos cuando se crea preciso recurrir á él debe hacerse sin retardo, á intervalos cercanos. El opio está justamente abandonado, á excepción de las inyecciones de morfina contra los grandes dolores. La atropina sólo será empleada en inyecciones á cortos intervalos y sin insistir demasiado. El lavado del estómago, las grandes inyecciones rectales, la enteroclisis, son buenos medios; pero la electricidad, bajo la forma de lavativa eléctrica, es con mucho el tratamiento no operatorio más poderoso. Lejars ha obtenido con ella los más notables resultados contra los íleos larvados. Es necesario emplearla precozmente, y si el meteorismo continúa, operar sin dilación. (*Semaine Médicale*, 28 Febrero 1905.)

V. *Dilatador de estrecheces rectales.*—El Dr. Martínez Suárez, jefe del Dispensario de enfermedades del ano é intestinos en el Instituto Rubio, acaba de dar á conocer, en un elegante folletito, un nuevo dilatador metálico, graduable, para tratar con éxito las estrecheces del último tramo del tractus intestinal.

Lo penoso y rebelde de la dolencia y los múltiples defectos de imposible remedio de que adolecen los conocidos, le han movido á la creación del modelo (patentado) de que da clara idea el grabado adjunto.

Su sencillez y fácil desinfección; el poder ser empleado como aparato explorador; como auxiliar para practicar la rectotomía interna; para facilitar los lavados rectales y como dilatador gradual reglado, son sus ventajas principales, difíciles de acrecentar, aunque el doctor M. Suárez, con la modestia que le es peculiar, no le exponga como obra perfecta, sino perfectible, á cuyo fin oirá con gusto cuantas observaciones, sacadas de su práctica, se sirvan hacerle los compañeros.

Dr. R. L. y Yagüe

Digitized by Google

Estomatología.

Leucoplasia.—El Dr. Milian publica en la *Gazzette des Hôpitaux* el extracto de una comunicación presentada al Congreso Internacional de Medicina de Lisboa sobre la leucoplasia bucal. El autor considera como un síntoma la leucoplasia, designando bajo este nombre todas las manchas blancas persistentes de las mucosas. La causa de la coloración blanquecina de esta afección es debida á la esclerosis del dermis, cuyo elemento histológico obligado es la *célula del cuerpo mucoso* con su protoplasma turbio, lactescente, debido á la hiperactividad funcional. ¿Las causas directas son las afecciones leucoplágenas, entre las cuales se pueden citar la keratosis simétrica congénita, papiloma, epitelioma pavimentoso de globos epidérmicos, liquen plano, lupus eritematoso, hidroa, leucoplasia tabáquica? ¿Leucoplasia de los bebedores, glositis dispéptica de Brocq? ¿Sífilis (chancro lingual, pápulas, glositis terciarias), leucoplasia *idiopática?* Esta última en realidad no existe, pues los casos á ella referidos son claramente de origen sifilítico probado por la similitud de evolución de la sífilis lingual, lenta, tenaz, recidivante como la leucoplasia lingual; la misma localización en la lengua de ambas enfermedades; el poder leucoplásico de la sífilis; la frecuencia de la misma, reconocida (el 80 por 100) en los casos diagnosticados de leucoplasia idiopática. Las ulceraciones de esta última puede comprobarse que son sifilíticas, pues se localizan en los bordes y punta de la lengua; su forma es semilunar, estrellada ó circular, y se curan por el tratamiento mercurial. Las modificaciones de volumen (atrofia é hipertrofia) y de consistencia del órgano leucoplásico corresponden á las formas esclero-gomosas y esclerosas de la sífilis lingual, y en manera alguna derivadas de la leucoplasia. Por otra parte, el examen anatomo-patológico enseña en el dermis las lesiones clásicas de la esclerosis sifilítica.

Entre las causas predisponentes figura el *artritismo*, explicable por la tendencia esclerógena, y no gomosa, de la sífilis en estos enfermos y ser la leucoplasia un accidente de orden escleroso. Todas las mucosas pueden ser atacadas de leucoplasia, pero la lingual es el sitio de elección, debido sin duda á los frotamientos, irritaciones por la masticación, el uso del tabaco, etc., etc.

La anatomía patológica se reduce á la queratinización de la mucosa con esclerosis del dermis. El diagnóstico es fácil, debiendo tenerse en cuenta las muchas variedades y la diferenciación con la leucoplasia epiteliógena ó epitelioma leucoplágeno.

El tratamiento de la leucoplasia, cuando se han eliminado las afecciones leucoplágenas, tales como el epitelioma, liquen plano,

Digitized by Google

hidroa, etc., que tienen cada una su terapéutica apropiada, sólo resta pensar en la sífilis; 80 veces por 100 como mínimum, esta hipótesis será cierta; y aun no pudiéndose comprobar, á la sífilis debe acusarse. El tratamiento local será de abstención; cepillado de los dientes y algún gargarismo emoliente, evitando el vino, alcohol y tabaco.

El tratamiento general antisifilítico es el verdadero tratamiento de la leucoplasia. El yoduro potásico no tiene ninguna utilidad; por el contrario, el mercurio es el medicamento indicado, á condición de que se administre por vía hipodérmica. Debe ser continuado por largo tiempo; seis meses de una manera continua y dos ó tres años de un modo intermitente para prevenir las recidivas.

Cuando el tratamiento hidrargírico prolongado no ha mejorado la lesión y sea de temer una degeneración epitelial, la intervención operatoria se impone, y ha de ser lo más radical posible, con objeto de no dejar dermis inflamado, que reproduciría la enfermedad.

Termina el Dr. Milian diciendo que el mejor tratamiento profiláctico de la leucoplasia es el tratamiento mercurial de las lesiones sifilíticas de las mucosas, prolongado por bastante tiempo y á dosis suficiente, hasta la extinción completa de estos accidentes.

Prótesis dental y vegetaciones adenoídeas.—En la Academia de Medicina de París (sesión del 1.° de Mayo de 1906), el Dr. Bricard, en su nombre y en el del Dr. Richard, dió lectura á una nota relativa á los buenos efectos de la prótesis dental sobre las vegetaciones adenoídeas. Cita á este propósito el caso de un niño atacado de vegetaciones adenoídeas, que un cirujano creyó necesario operar después que el paciente se arreglase la dentadura. Un aparato protético bien construído condujo los dientes á una buena posición; las vegetaciones adenoídeas desaparecieron, y el mismo cirujano que había propuesto la operación como necesaria reconoció después que era inútil.

La desinfección de la boca.—En el *Giornale delle Scienze Mediche*, el Dr. Montefusco resume sus trabajos de investigación sobre los microorganismos bucales y los diferentes antisépticos usados comúnmente para la limpieza de la boca.

El autor ha hecho siembras sobre placas de gelatina, después de usar distintos medicamentos, pasando por los intersticios dentarios una torunda de algodón que sumerge en variadas soluciones antisépticas. El ácido bórico, el clorato potásico, el benzoato sódico no disminuyen sino de un modo insignificante el número de colonias.

La simple limpieza de la boca con un cepillo esterilizado y lavatorios repetidos con agua esterilizada bastan para desinfectar completamente la cavidad oral, y que, entre los desinfectantes químicos, las esencias son las mejores (tomillo, menta, clavo, etc.): ésta

Digitized by Google

es la conclusión con que termina el ilustre investigador. *(La Estomatología.)*

El cloruro de sodio en la gingivitis expulsiva.—La *Dental Review* trae una nota sobre el empleo de la sal común en el tratamiento de la piorrea alveolar. E. H. Allen cita el caso de un paciente que después de largos años de enfermedad, en la que fueron ineficaces toda clase de remedios y hasta llegó á perder algunos dientes, usó el cloruro de sodio introducido en la bolsa piorreica varias veces al día, además de emplearla también con el cepillo. Las encías se curaron, afirmándose los dientes movedizos, hasta el punto de servir de soporte para un aparato protético. *(La Odontología.)*

DR. LANDETE

Ginecología.

***Empleo del método de Bier en Ginecología*, por R. Bauer. *(Archivio italiano de Ginecología.* Abril de 1906.)**

Conocida la acción hiperemiante venosa de la aspiración, según el método de Klapp ó de Bier, no es extraño que haya tenido aplicación en Ginecología; y, con efecto, el Dr. R. Bauer, asistente del profesor Lott, la ha ensayado en algunas afecciones utérinas.

Para ello se ha servido de un espéculo especial parecido al de Fergusson, con la sola diferencia de tener obturada su extremidad vulvar con una sólida placa de vidrio que se fija al mismo por medio de un anillo metálico. Constituye el cuerpo del instrumento un conducto metálico provisto de una llave y unido por un tubo de caucho á una bomba aspirante, sencilla, destinada á producir el vacío.

Antes de introducir este espéculo es preciso calentarlo á 40°, á fin de que no se empañe el ocular ó placa de vidrio que cierra la extremidad vulvar del cilindro, para poder así seguir las modificaciones que va sufriendo el cuello uterino durante la aspiración. Introducido el aparato como un espéculo ordinario, y bien encajado el cuello uterino en la abertura interna, se practica progresivamente el vacío, viéndose que el cuello es poco á poco aspirado en el espéculo, se hincha y se pone violáceo, lívido, presentando los signos de una fuerte hiperemia. Al propio tiempo el vacío produce una verdadera succión del útero, que hace salir del orificio uterino mucosidad más ó menos espesa y abundante, y á veces sanguinolenta.

El vacío no debe prolongarse mucho tiempo, para no provocar lesiones en los fondos vaginales; basta con que la aspiración dure unos cinco minutos, dejando al cabo de ellos penetrar el aire, para repetir el vacío momentos después otras dos veces. *Bauer*, cuyas observaciones no son aún muy numerosas, la recomienda en las *endometritis* y en las *metritis crónicas*, y en éstas después de las esca-

Digitized by Google

rificaciones del cuello; en un caso de *amenorrea* de diez años de fecha, consiguió provocar el retorno definitivo de las reglas; también la aconseja en la *dismenorrea* mecánica y en las inflamaciones celulares de la pelvis, en las cuales obra á manera de un amasamiento del parametrio. En cuanto á su empleo para provocar el aborto, lo cree peligroso á causa de la hemorragia formidable que ocasiona.

El colargol como tópico uterino en la infección puerperal, por el Dr. Hoummel. (*La Presse Médicale*, núm. 2, 1906. París.)

Aunque hace tiempo se viene empleando el colargol por el método de Credé, y también en inyecciones intravenosas contra la infección puerperal, no está de más conocer algunos éxitos obtenidos con la *plata coloide* en casos como el referido por el Dr. Hoummel, de París, en el que se habían agotado todos los recursos para combatir una infección ocurrida en una joven de veinticuatro años al cuarto día de puerperio.

Cuando la temperatura se mantenía á 40° y no daban resultado las irrigaciones intrauterinas antisépticas, el escobillonaje de la cavidad, los toques con tintura de iodo, etc., recurrió el Dr. Hoummel á la inyección intrauterina de 4 centímetros cúbicos de una solución de colargol al 1 por 100, que es la que se emplea para las inyecciones intravenosas, ocluyendo el conducto cervical con un tapón de gasa iodofórmica para asegurar la absorción de todo el líquido.

A la mañana siguiente la temperatura era de 37°, y desde aquel momento no subió más el termómetro, mejorando el estado general y local rápidamente, y levantándose la enferma ocho días después.

Influencia de los rayos de radium sobre el cáncer inoperable, por el profesor Schuking. (*Centralblatt für Gynäkologie*, núm. 9, 1906.)

Los experimentos realizados con el bromuro de radium por el autor sobre la piel de un conejo le indujeron á emplear este agente terapéutico en un caso de cáncer uterino inoperable. La enferma, de cincuenta y seis años de edad, tenía el fondo vaginal ocupado por una masa dura, ulcerada en el centro por degeneración saniosa, y la neoplasia había invadido una gran parte de la pelvis.

El autor fijó en la vagina dos cápsulas que contenían 1 y 2 miligramos de bromuro de radium, respectivamente, por medio de gasa iodofórmica que se renovaba una vez al día. En cuanto fué posible, cambió cada vez el punto de aplicación del radium, continuando durante cinco semanas estos experimentos. Al cabo de este tiempo se pudo demostrar que toda la masa cancerosa estaba destruída en una profundidad de muchos centímetros; al nivel de los bordes del

Digitized by Google

tumor esta destrucción era total, y en cambio se veían granulaciones de buen aspecto, habiendo cesado en absoluto toda secreción saniosa.

A los nueve días las partes recubiertas de granulaciones estaban cicatrizadas, y el resultado, en general, muy superior al que se obtiene por el raspado y la cauterización con el termo. Del estudio microscópico que se hizo en el límite de los tejidos sanos, parece deducirse que el radium, en débil intensidad y en corta aplicación, ejerce sobre la actividad celular una influencia excitante; y si la aplicación se prolonga, determina la destrucción que se observa en poco tiempo con una cantidad mayor de sustancia.

De cualquier modo, deben continuarse estos ensayos, que pudiéramos llamar de dosificación del agente terapéutico.

Curación de la osteomalacia atrofiando los ovarios con la aplicación de los rayos X, por el Dr Ascarelli. (Societá Lancisiana degli Ospedali di Roma, fasc. 2.°, 1906.)

Refiere el autor un caso de osteomalacia puerperal en una señora de treinta y ocho años, acentuándose la enfermedad en el curso del último embarazo, habiendo cesado únicamente los fenómenos dolorosos después de una aplicación prolongada de los rayos X en las regiones ováricas. Las reglas cesaron al mismo tiempo. Fundándose en este resultado y en las nociones clínicas y experimentales que imperan acerca de la acción atrofiante que los rayos X pueden ejercer sobre las glándulas sexuales, tanto masculinas como femeninas, cree Ascarelli que la curación de su enferma osteomalácica se debe á una completa atrofia ovárica producida por dicho agente.

Si esta acción fuera tan segura, podría sustituir la roentgenterapia con gran ventaja á la castración, propuesta hace mucho tiempo contra la osteomalacia, y aumentarse el campo de sus indicaciones en Ginecología.

DR. GUTIÉRREZ

Medicina general.

Tratamiento de la tuberculosis por la tuberculina de Koch.

El número de Marzo de la revista internacional *Tuberculosis* publica un artículo del Helm acerca del estado actual del tratamiento de la tuberculosis pulmonar por la tuberculina primitiva de Koch.

Estudiando los resultados obtenidos por diferentes clínicos, expone que Petruschky ha alcanzado de 40 á 100 por 100 de curaciones, según la gravedad de los casos.

Götsch ha alcanzado éxitos duraderos en 71 por 100 de los enfermos.

Digitized by Google

Kartulis ha tratado casos gravísimos de tuberculosos avanzados, con lesiones extensas y cavernas en muchos de ellos, y obtenido un 38 por 100 de curaciones permanentes.

Kaatzer ha obtenido un 30 por 100 de éxitos.

En Belzig fueron tratados, de 1901 á 1903, por Moeller 965 enfermos, de los cuales se empleó la tuberculina en 193, y el régimen exclusivo de sanatorio en 772. En los enfermos que se podían clasificar en el primer grupo del conocido esquema de Turban, se produjeron 52,8 por 100 de curaciones tratados por la tuberculina, y 33,1 por 100 sin este medio de tratamiento. Los enfermos pertenecientes al segundo grupo de Turban, tratados por la tuberculina, produjeron un 17,6 por 100 de curaciones, y sin ella 2,9 por 100.

Como resultado de las observaciones hechas por un gran número de clínicos de todos los países, formula Helm, entre otras, las conclusiones siguientes:

1.ª El empleo de la tuberculina promete, en los casos apropiados, mejores y más duraderos resultados que todos los demás medios de tratamiento; pero supone, en el médico que dirija el tratamiento, un estudio concienzudo del mismo y una gran experiencia.

2.ª No son propios para tratados por la tuberculina sino los enfermos sin fiebre, en buen estado de fuerzas y cuyas lesiones pulmonares no sean demasiado extensas y graves. Someter á tratamiento á enfermos febriles y predipuestos á hemoptisis no parece recomendable, á menos que la experiencia del médico le haya hecho formar un criterio especial acerca del particular. Los tuberculosos con afecciones cardíacas, renales, nerviosas ó diabetes, deben ser excluídos de este método de tratamiento.

Hechas, respecto de la palabra «curación», que yo considero impropia de la seriedad científica, las salvedades bien conocidas para cuantos hayan leido trabajos míos anteriores, mi impresión personal respecto de los resultados alcanzados con la tuberculina se acerca á la de Moeller y se separa mucho de la de Petruschky. Como éste, algunos otros observadores han pretendido sentar la conclusión de que empleada en el primer período produce la tuberculina un 100 por 100 de resultados favorables. Nada más inexacto. Algunos enfermos, en el primer período, con lesiones muy limitadas y sin bacilos en los esputos, no resisten bien el tratamiento; y otros, aun cuando le resistan, no obtienen beneficio alguno. La experiencia clínica enseña que hay enfermos en primer período cuyo pronóstico es mucho menos favorable que el de otros portadores de lesiones pulmonares graves y avanzadas.

Claro es que en el primer período el tanto por ciento de resultados favorables y duraderos es mucho mayor que en períodos más avanzados, pero nunca llega al 100 por 100, como suponen Spengler

Digitized by Google

y Petruschky. El entusiasmo por un método de tratamiento no debe hacer olvidar la experiencia clínica, según la cual hay casos graves desde el principio, en los que todo médico que tenga costumbre de ver tuberculosos no tarda en advertir que nada puede hacer para lograr una suspensión duradera del proceso.

Respecto de las dos conclusiones transcritas del interesante trabajo de Helm, hay en la segunda una cuestión expuesta con harta concisión, que perjudica á la exactitud del concepto. La extensión de las lesiones no tiene en sí tanta importancia como la rapidez con que han llegado á alcanzarla. Así, yo he obtenido resultados muy favorables, á la verdad inesperados, en dos enfermos con lesiones muy extensas, uno de los cuales tenía, además, una caverna en el vértice izquierdo, bastante grande para dar todos cuantos signos revelan en clínica esta condición patológica del parénquima pulmonar. La rapidez con que se extienden las lesiones, cuando es grande, hace los casos poco á propósito para el empleo de la tuberculina. Individuos con lesiones extensas, claro que dentro de límites razonables, pero que han seguido un curso muy crónico, pueden obtener ventajas de este método de tratamiento.

DR. VERDES MONTENEGRO

Ósteo-artropatías y Cirugía ortopédica.

Casuística y contribución al estudio de la osteomalacia, con especiales consideraciones sobre las deformidades de la columna vertebral y del esternón, por el Prof. Richard Motschmann. (*Archiv für Orthopaedie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie*, IV, Band, 3 Heft. Wiesbaden, 1906.)

Hasta que Fehlings en 1887 descubrió que la osteomalacia podía ser curable por la castración, se había escrito relativamente poco sobre esta enfermedad. Ya en 1891 Eichhorst, en su *Tratado especial de patología y terapéutica,* recogió 170 casos de osteomalacia, formando una estadística que es la primera que aparece en la literatura médica. Después de esto, la casuística y publicaciones sobre osteomalacia han aumentado, y la patología terapéutica de la enfermedad ha sido tratada por gran número de autores.

Entre los síntomas clínicos importantes debemos colocar y dar gran significación á las deformaciones de la columna vertebral y del esternón.

Cinco casos tomados de la clínica del Dr. Schulthess sirven de base al presente trabajo.

Los cinco son mujeres de treinta y cinco á cincuenta y cinco años, y refiriendo uno de estos casos puede formarse una idea de conjunto del padecimiento.

Caso 1.° Mujer casi gruesa y bien constituída; ha tenido 14 par-

Digitized by Google

tos; buen estado de nutrición general al parecer. Color amarillento de la piel.

El pulso y la temperatura, normales. La paciente se queja de dolores en el sacro y muslos; los reflejos rotulianos, exacerbados. No hay espasmos.

Sensibilidad, normal. No hay trastornos vesicales ni intestinales. La columna vertebral, aparte de una mayor sensibilidad á la presión, presenta una moderada cifosis. Las articulaciones sacro-iliacas, muy dolorosas á la presión.

No hay deformidad en la pelvis. No puede andar ni ponerse de pie. El pie y los dedos pueden moverse bien. Algún tiempo más tarde la paciente tenía que permanecer en el lecho, siéndole difícil incorporarse.

Los huesos son sensibles á la presión, especialmente el esternón. El tórax es blando y se deprime al apretar. Dolores espontáneos en la columna vertebral. Hay disnea. La pelvis y el esternón no están deformados. Presentóse bronquitis y estado atelectásico pulmonar, muriendo el 30 de Marzo de 1903, habiendo ingresado en el hospital el 5 de Diciembre de 1901.

Autopsia.—Cadáver muy amarillo. Gran paniculo adiposo. Las costillas y cartílagos costales, deformados. Los huesos del antebrazo se doblan fácilmente, y los restantes se pueden cortar con un cuchillo. Ligera cifosis. Corazón, normal. Pulmón derecho, parte superior, permeable; inferior, atelectásica. Pulmón izquierdo, en el vértice adherencias y en parte atelectásico. Los restantes órganos, normales.

Resulta de la descripción de los cinco casos que tres de ellos murieron, uno con degeneración carcinomatosa del ovario. Los dos restantes, que viven, presentan deformaciones esqueléticas.

No vamos á hacer un estudio detallado de las teorías que se han admitido para explicar la osteomalacia. Creemos muy digna de consideración la idea de Fehlings, según la cual la osteomalacia depende de una alteración en la secreción ovárica, que da lugar á una especie de veneno que intoxica la economía. Por esto la castración ha producido, en la mayoría de los casos en que se ha empleado, la curación.

Diferéncianse notoriamente dos formas de osteomalacia. La puerperal y la reumática. Ribbert cree que ambas formas sólo son desemejantes en los puntos de elección ósea. En la forma puerperal, consecutiva generalmente al embarazo, se afecta principalmente la pelvis, y en la reumática, que aparece también en los hombres, ataca la columna vertebral, el esternón y las costillas principalmente.

Según Litzmann, el 92 por 100 de casos afecta á mujeres (71 por 100 puerperal) y el 8 por 100 á los hombres.

Digitized by Google

C. Schmidt (1847) ha encontrado ácido láctico en la medula ósea de las osteomalácicas.

Rindfleisch cree en una hiperemia pasiva que determina un exceso de ácido carbónico en la sangre, producción de bicarbonatos solubles y reblandecimiento consecutivo del hueso.

Para Petrone, la causa es bacteriana.

Fehlins supone una trofo-neurosis del hueso producida por una degeneración del ovario, la cual influye de una manera refleja sobre el simpático, excitando los nervios vasodilatadores, produciendo éxtasis sanguíneos que disuelven las sales calcáreas y reblandecen el hueso.

Recklinghausen ve una alteración de los nervios vaso-motores y una hiperemia activa del hueso.

Hocnnicke cree que es el resultado de una afección de las glándulas linfáticas, fundándose en que en algunos parajes es endémica, como el bocio. También suele á veces presentarse con la enfermedad de Basedow.

¿Es una coincidencia, ó tienen cierta analogía patológica la osteomalacia, el bocio y el bocio exoftálmico?

Parece que por la acción de los ovarios puede alterarse la formación de ácido fosfórico en el organismo. La acción de la glándula tiroides y del ovario viene á ser muy semejante en cuanto á la clase de funciones que desempeñan, si bien producen los efectos de diferente modo.

Establecida así la relación patológica entre las enfermedades del ovario y la tiroides, preséntanse cambios en la nutrición general, principalmente del sistema óseo, disminuyendo el ácido fosfórico, hiperemiándose el tejido por acción refleja producto de la alteración ovárica, resultando por un lado mayor solución de sales calcáreas, que de carbonatos se transforman en bicarbonatos solubles, que se eliminan, y por otro mayor salida también de ácido fosfórico. Así se comprende que en el embarazo, en que la acción ovárica normal está alterada, si la tiroides se encuentra también más ó menos afecta, con las pérdidas producidas por las necesidades del nuevo sér, el organismo se deprimirá y se facilitarán las condiciones que abonan la producción de tan grave enfermedad.

Diferénciase la osteomalacia del raquitismo en las hinchazones epifisarias propias de éste, y en el dolorimiento de los huesos espontáneo y á la presión característico en aquélla.

En el raquitismo las sales calcáreas al fin se depositan, y los huesos tienen siempre cierta consistencia, mientras en la osteomalacia los huesos se reblandecen de tal modo que algunos pueden fácilmente ser cortados con un cuchillo. El raquitismo es una enfermedad de la infancia; la osteomalacia, de la edad adulta.

Digitized by Google

Va generalmente acompañada la osteomalacia de flojedad ó debilidad en las piernas y exaltación de los reflejos rotulianos, como en algunas enfermedades de la medula; pero nunca hay paresias de la vejiga de la orina ni del intestino, ni trastornos de la sensibilidad.

En cambio algunos casos de carcinoma óseo de tal modo llegan á dar la impresión de osteomalacia, que por el color de la piel, la sensibilidad exagerada de los huesos á la presión, el transporte de materiales degenerados á otros órganos de tal manera confunden, que sólo la autopsia puede sacar de dudas.

Hay que tener presente también que ciertas afecciones reumatoídeas producen dolorimiento de todo el cuerpo, mal color de la piel, cifosis, cifoescoliosis y hundimiento del esternón, con alteraciones en la forma de algún hueso. Bien es cierto que para el cuadro de la osteomalacia falta el reblandecimiento óseo.

El curso es diferente en las formas puerperales y en las que no lo son.

Hasta hace poco tiempo la mortalidad ascendía al 80 por 100. La introducción del tratamiento por el fósforo mejoró este resultado, y Fehlings en 1895 publicó una estadística de 15 casos tratados por la castración, con un 84 por 100 de curaciones y un 7 por 100 de mejorías.

Truzzi refiere 63 casos operados y curados.

Weuzel, de 78 operados, 70 pudieron dejar el hospital, casi curados; 3 murieron de infección; 3, de padecimientos crónicos; y 2 no fueron curados.

Senator ha empleado con buen resultado extractos de tiroides y de ovario.

Strümpel y Neumann encuentran con el fósforo gran ventaja, advirtiendo que hay que saberlo administrar: dar grandes dosis.

En los hombres y en las mujeres vírgenes ha sido recomendada también la extirpación de la tiroides.

Del tratamiento de la escoliosis habitual, por el Dr. Zander, director del Instituto Médico Mecánico de Stockholm. Wiesbaden, 1905.—Die Grundzüge der Dr. G. Zander'schen, Medico-Mechanischen Gymnastikmethode.

El desarrollo y perfección del tratamiento de la escoliosis, al cual vengo constantemente dedicándome, constituye desde 1882 una especialidad por mí establecida en mi Instituto de Stockholm, que fundé en 1865 y que todavía sigue bajo mi dirección.

La escoliosis habitual es una desviación de la columna vertebral más ó menos determinada y fija por alteración de los huesos y ligamentos, y que ha pasado á tomar un estado habitual. Estoy per-

Digitized by Google

fectamente convencido de las alteraciones asimétricas que se producen en la espina.

Pero ¿cuál es la causa de estos cambios? En mi opinión, la vida sedentaria de las presentes generaciones, debida en parte al exagerado sistema de educación escolar. En mi condición de médico que emplea los medios físicos y mecánicos para el tratamiento de las enfermedades, han pasado por mi mano en los diversos años cientos de enfermos, y me he podido convencer de la desproporción entre el desarrollo intelectual de los chicos y su desarrollo físico, así como también de que en los primeros años de crecimiento en la infancia, tan necesarios para la formación de un cuerpo esbelto, sano y fuerte, se procura el desarrollo intelectual en desarmonía con las energías de que el organismo puede disponer.

En estas condiciones suele tomar origen la enfermedad que nos ocupa, que si bien es corregible en un cierto grado de desviación, en los períodos avanzados se resiste á todos los esfuerzos de la Ciencia.

En un principio la escoliosis comienza siendo fisiológica; es decir, la desviación es una ligera curva que ordinariamente aparece, pero que se acentúa á consecuencia de la relajación y fatiga muscular que produce la vida sedentaria. Esto es favorecido por la desproporción de los bancos y mesas de los colegios.

Desde luego, cuando la escoliosis tiene ya un cierto grado de desarrollo, la tendencia á la acentuación del mismo es constante y progresiva; á veces se produce la desviación rápidamente. Es absolutamente necesario en estos casos contrarrestar las influencias nocivas por medio del tratamiento, y conocer que en las moderadas curvaduras los medios enérgicos, aplicados con resolución y constancia, pueden hacer desaparecer la deformación. Más tarde, después de la corrección, una hora diaria de gimnasia médica puede ser necesaria para contrarrestar la quietud de la educación intelectual y evitar recidivas.

Estos medios de corrección deben sólo emplearse en un Instituto donde existan los aparatos necesarios para conseguir el fin.

Estos aparatos ortopédicos son:

a) Para el enderezamiento activo.
b) Para el enderazamiento pasivo.
c) Aparato de medida para observar el curso.
d) Aparato de masaje.

Mi estadística de los últimos siete años demuestra que de 280 escoliosis simples, con una desviación media de 16,9 mm., fueron en 15,3 semanas mejorados el 53,3 por 100.

141 escoliosis dobles, con desviación media de 24,8 mm., mejoraron 38,3 por 100 en 16,6 semanas.

Digitized by Google

En esta estadística están incluídos todos los tratados, algunos de los cuales vienen demasiado tarde, y sólo nos proponemos evitar mayores daños.

Nuevo tratamiento operatorio de las fracturas. (*Medical Record*, 5 Mayo 1906.)

El Dr. C. A. Elsberg describe un nuevo método para el tratamiento de las fracturas de los huesos largos.

Sabido es lo difícil de la coaptación de los fragmentos en la diáfisis del fémur ó del húmero.

Las suturas metálicas tienen el inconveniente de producir supuraciones largas y no coaptar por completo los fragmentos.

El ideal sería buscar una sustancia resistente, aséptica, que se esterilizara con facilidad y pudiera permanecer en la herida el tiempo necesario para la reposición ósea.

Esta sustancia ideal parece ser el aluminio.

Pequeños cilindros de esta materia, hervidos en lisol al 1 por 100, son introducidos en la cavidad medular, y de este modo sirven de conductores para la osificación. Estos cilindros se reabsorben al cabo de un año.

Parece ser que el procedimiento de reabsorción es debido á la hidratación del aluminio, que da lugar á formación de sales antisépticas, hasta el punto que la experiencia ha demostrado que en algunas heridas que se han infectado la esterilización de las mismas se ha producido sólo por este mecanismo.

Los resultados de este método no pueden ser más satisfactorios. El Dr. H. Lilienthal, que ha seguido la observación de dos casos relatados por el Dr. Elsberg, confirma lo dicho por éste, y cree que es un medio que persistirá en el tratamiento quirúrgico de las fracturas.

El Dr. R. Dawbarn ha tratado dos casos haciendo la sutura con hilo de aluminio, y le ha dado este procedimiento excelente resultado.

Elsberg dice que para que su método tenga éxito el cilindro de aluminio debe entrar forzadamente en la cavidad medular á golpe de mazo, de modo que asegure y fije bien los fragmentos óseos.

De la fractura aislada y subcutánea del escafoides en la articulación de la muñeca. Trabajo basado en 17 observaciones, por el Dr. R. Ehebald. (*Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie.* IV Band., 3 Heft. Wiesbaden, 1906.)

Es muy importante el conocimiento de esta clase de fracturas, por la facilidad con que se las ha venido confundiendo con las distensiones ligamentosas, distorsiones y esguinces, teniendo síntomas tan

Digitized by Google

característicos que aun sin el auxilio de los rayos X puede hacerse bien el diagnóstico, aun cuando es claro que este medio debe siempre completarlo.

Antes de los rayos X, estos casos eran tomados como escafoides bipartidos congénitos.

La proporción ó relación con las otras fracturas es la siguiente:

(*Clínica particular de Cirugía ortopédica de los Dres. Gocht y Ehebald, en Halle. A. S.*)

Fracturas en general	445	casos.
Fracturas del radio	67	»
Fracturas del radio con fractura del escafoides	6	»
Fracturas aisladas del escafoides	15	»
Fracturas del escafoides con luxación del hueso grande.	2	»

Esta clase de fractura se produce muy rara vez de una manera directa; en la generalidad de los casos la causa es indirecta: caída sobre la palma de la mano, etc.

Síntomas.—En los primeros momentos la fractura del escafoides no se diferencia de la distorsión de la muñeca. La articulación está moderadamente inflamada, limitándose la inflamación más bien á la muñeca y disminuyendo hacia el antebrazo y la mano. Las alteraciones del color de la piel son raras. La mano, ligeramente doblada. Los movimientos activos y pasivos, limitados y dolorosos. A la palpación, moderado dolor. Gran flojedad ó debilidad en la mano.

Los síntomas inflamatorios aparecen más acentuados en la mitad radial que en la cubital. Haciendo presión en la tabaquera anatómica se percibe un punto doloroso claro, á veces crepitación al mover el dedo gordo y primer metacarpiano, cuyo movimiento también es doloroso.

Cuando hace ya tiempo que ocurrió la fractura, pero los fragmentos no se han consolidado, puede muy bien diagnosticarse como en los casos recientes; solamente los movimientos del pulgar y metacarpiano, que al principio están limitados en todas direcciones, y lo mismo los de la muñeca, ahora están limitados sólo en la parte dorsal y radial.

Por fin, hay un dato muy digno de tenerse en cuenta y de típica significación para el diagnóstico. De pronto, y cuando parece que las cosas marchan bien, hay una agudización ó recidiva del proceso, probablemente á consecuencia de algún movimiento, de alguna torsión, etc., de los fragmentos óseos que estaban uniéndose y formando callo.

En estos casos hay nuevo derrame de exudados, hinchazón, dolorimiento, etc., y suele quedar más ó menos abultada la región, á veces con un callo exuberante.

Digitized by Google

El diagnóstico diferencial con la distorsión estriba en la posibilidad de la flexión dorsal en este último caso, é imposibilidad en el primero; pero á veces se presentan las dos á la vez, ó con fractura del radio y del semilunar, lo cual exige el examen radiográfico.

El diagnóstico es *quoad restitutionem ad integrum*, malo. Generalmente la osificación por el callo no se presenta, quedando fisuras ó separaciones con empastes que limitan ó impiden los movimientos. Es posible, no obstante, que después de una inmovilidad prolongada pueda producirse la unión de los fragmentos. Codman y Chase lo han conseguido en tres casos en cuatro semanas.

En la mayoría de los casos, después de vista la fractura en la radiografía, debe intervenirse por la tabaquera anatómica y extraer el trozo ó trozos fracturados. Los resultados son buenos.

Tanto en estos como en los demás casos el tratamiento mecánico se impone. A veces en los casos graves se ha procedido á la operación ocho y diez meses después del accidente.

Las conclusiones del trabajo del Dr. Ehebald son las siguientes:

1.ª Las fracturas del escafoides se producen con más frecuencia de lo que ordinariamente se cree. Muchos casos de distorsión son fracturas del escafoides.

2.ª Por lo común se observa aisladamente, pero á veces va acompañada de fractura del radio ó de la apófisis estiloides ó luxación del semilunar.

3.ª La causa generalmente no obra de un modo directo, sino indirectamente. Una caída sobre la palma de la mano ó una torsión de la muñeca, etc.

4.ª El mecanismo de la rotura no es único; á menudo se combinan varios.

5.ª La fractura se produce generalmente por la parte media del cuerpo, que es el punto de menor resistencia. Rara vez se observan tres fragmentos.

6.ª En la gran mayoría de casos es intra-capsular.

7.ª Las dislocaciones de los fragmentos son muy frecuentes, y se comprueban por la radiografía.

8.ª El diagnóstico, hasta ahora, raramente es hecho por los médicos.

9.ª Los síntomas, sin embargo, son de tal naturaleza, que puede hacerse el diagnóstico sin los rayos X, con menores probabilidades.

10. Los síntomas predominantes son los descritos antes.

11. En todos los casos es necesaria la radiografía.

12. El mejor procedimiento es tomar con los rayos X la proyección de las dos manos en la misma posición.

13. La consolidación de la fractura es rara. Sólo el tratamiento

Digitized by Google

médico mecánico da buenos resultados para restablecer una buena función, pero no evita la agudización á veces ó recidiva.

14. La curación por pegadura ú osificación de los fragmentos puede conseguirse á veces cuando se inmoviliza desde el principio por cuatro semanas. Los resultados funcionales no son mejores en estos casos que cuando la fractura no consolida. Cuando hay dislocación de fragmentos no debe inmovilizarse en estos casos.

15. La operación debe practicarse extirpando el fragmento dislocado, tanto en los casos recientes como en los antiguos. Unica manera de conseguir restablecer la función.

16. El escafoides bipartido que Gruber y Pfitzner describen generalmente no existe.

Del tratamiento operatorio de la tuberculosis ósea, por Charles F. Painter, M. D. Boston. *The American Journal of Orthopedic Surgery*. Vol. III, núm. 1. Philadelphia.

El presente estudio es un bien escrito trabajo sobre el tratamiento activo ó intervención quirúrgica en las afecciones tuberculosas de los huesos. Podemos recopilar su extenso contenido en lo siguiente:

El autor cree que el campo de la Cirugía radical en la tuberculosis es muy limitado; que este campo puede ser muy exactamente definido por ciertas y determinadas reglas, de las cuales rara vez se debe salir; que el número de intervenciones sería mucho más reducido si los enfermos se trataran conscientemente desde el primer período; que en la tuberculosis articular es necesario llevar siempre en la mente la idea de que nos encontramos en presencia de tuberculosis ósea y no de una simple artritis; que los principios generales sobre los que descansa el tratamiento de todas las tuberculosis, pulmonar, etc., debe ser aplicado á las formas articulares, con lo cual se podrá conseguir en los casos operados la rápida restauración, y en los no operados la curación definitiva, cosa que no se consigue con la sola intervención operatoria ó el tratamiento local no operatorio.

Las articulaciones que han padecido una infección tuberculosa en la infancia suelen recidivar en la edad adulta, obteniéndose mejores resultados con la anquilosis en buena posición. Si ha quedado movimiento y, además, deformidad, ésta debe corregirse y aquél aumentarse hasta los 25 grados. Si hay menos movimiento y la deformidad existe, ésta debe corregirse, procurando al mismo tiempo la anquilosis. Si hay deformidad con anquilosis, ésta debe respetarse corrigiendo la deformidad. Si el movimiento sin la deformidad no llega á 25 grados, lo mejor es procurar la anquilosis; porque la irritación de estos pocos grados de movimiento puede contribuir á man-

Digitized by Google

tener latente el proceso, aunque esto debe hacerse sólo en los casos en que se vea tendencia á recidivar ó haya recrudecimientos ó agudizaciones de la enfermedad.

Artritis sifilíticas, por Henry W. Frauenthal, de New-York. (*Medical Record*, Mayo 26 de 1906.)

Al presentar este trabajo el objeto es demostrar:

1.° Que muchos de los casos tratados como simple reumatismo son artritis producidas por sífilis congénita ó adquirida.

2.° Que el no determinar la verdadera naturaleza patológica de la lesión sifilítica puede dar origen á invasiones secundarias del bacilo tuberculoso ó de otras bacterias con sus correspondientes secuelas.

3.° Que las artritis secundarias y terciarias tardías pueden ser poliarticulares y bilaterales.

Para Fournier, en el 39 por 100 de todos los casos de sífilis congénita se presentan artritis. Para Hippel en el 56 por 100. Schuller cree que el 7 por 100 de todas las artritis de los niños son sifilíticas.

Las variedades de artritis por sífilis congénita son:

1) Sinovitis simple, que es la más común.
2) Epifisitis sifilítica.
3) Sinovitis gomosa.
4) Osteítis con sinovitis.
5) Artritis deformante.

El diagnóstico de sífilis congénita puede hacerse:

1) Encontrando al spiroceta pallida.

2) Por la historia de los padres, teniendo en cuenta que las infecciones en los antecesores se adquieren inocentemente en el 50 por 100 de los casos, según Buckley.

3) Por las manchas de la piel, erupciones, pápulas, cicatrices ó coloraciones en la boca, labios, mejillas, etc.

4) Por queratitis asociada con artritis entre los seis y diez y seis años. Las iritis asociadas con sífilis congénita aguda entre el segundo y el décimosexto mes. Cambios en el pigmento y coloración del fondo del ojo.

5) Ciertas muescas ó escotaduras en los incisivos.

6) Sordera central debida á lesiones del nervio acústico, se observa frecuentemente en los niños de sífilis congénita desde los diez á los quince años, que es la edad en la que más frecuentemente se afectan las articulaciones.

7) Destrucción ulcerativa de la parte blanda del paladar puede confirmar el diagnóstico de artritis sifilítica.

Digitized by Google

8) También se encuentra frecuentemente aumento de volumen del bazo.

9) La epifisitis sifilítica es característica de la sífilis congénita, como ha sido descrita por Barlow, Fournier, Parrot y Taylor. La anatomía patológica demuestra que en la unión de la epífisis con la diáfisis hay un aumento en la proliferación de las células cartilaginosas y retardo en la osificación del tejido ya calcificado, produciendo un área de irregular engrosamiento, viéndose en la sección una zona amarillo-rojiza de cartílago degenerado que aumenta la línea epifisaria. Cuando la destrucción de tejido es suficientemente grande, se produce en este punto una separación entre la epífisis y la diáfisis.

10) Linfoadenitis generalizada debe hacernos sospechar la existencia de sífilis.

11) En la sífilis hereditaria se puede alguna vez observar atrofia esclerótica de los testículos.

12) Podemos confirmar ó no un diagnóstico dudoso, por un tratamiento antisifilítico.

En la sífilis adquirida podemos clasificar las lesiones del modo siguiente:

1.° *Artralgia.*—Realmente no es una artritis, sino dolor alrededor de la articulación.

2.° *Sinovitis.*—Va acompañada de sensibilidad, dolor, inflamación y elevación de temperatura que da la impresión del reumatismo, pero sin sudores ácidos ni complicaciones cardíacas.

3.° La artritis gomosa puede aparecer, primero como una simple sinovitis; más tarde pueden percibirse engrosamientos irregulares de la sinovial, debidos á los gomas. En esta forma el dolor es vivo por la noche, y suele ser tomada por una afección tuberculosa.

4.° Puede propagarse la afección á las terminaciones articulares y á los cartílagos.

5.° También los gomas pueden aparecer en el interior de la articulación.

La presencia del spiroceta pallida, que hemos encontrado en el 1.° y 2.° período, debe ayudarnos grandemente en lo sucesivo para formular el diagnóstico.

Debemos distinguir la artritis tuberculosa de la sifilítica en la falta de dolor de ésta y en que generalmente es bilateral, provocando pequeños trastornos funcionales. En todo caso el tratamiento antisifilítico debe servir de contraprueba.

Digitized by Google

Sobre la rotación interna anormal de las piernas, por el Dr. V. Chlunsky. (*Arch. für O. M. und U.* IV Band. I und 2, Heft.)

El presente trabajo está basado sobre 19 observaciones recogidas en cuatro años.

Esta anormalidad se ha observado sólo en los niños, lo cual quiere decir que espontáneamente desaparece en la edad adulta. La posición es típica. Hay rotación interna de una ó ambas piernas. Al andar dirigen el pie hacia adentro.

Mucho se ha divagado sobre la causa de esta deformidad. Sin embargo, está fuera de duda que no depende más que de una paresia de los rotadores externos del fémur, que se atan al gran trocánter.

El tratamiento responde á la causa. El masaje de estos músculos y los movimientos combinados activos y pasivos de los mismos determinan la corrección de la anormalidad.

DR. SATURNINO GARCÍA HURTADO

Sobre la asociación de las exóstosis osteogénicas y del condroma de los huesos, por Ch. Lemormant y P. Lecène.

CONCLUSIONES.—No es excepcional observar en un mismo sujeto la asociación de condromas y de exóstosis osteogénicas. Esta asociación puede presentarse en dos formas distintas:

1.ª El condroma se desarrolla sobre una exóstosis osteogénica ya constituída; es muy verosímil que en este caso el condroma nazca, sea á expensas de la cubierta cartilaginosa que reviste normalmente la superficie de la exóstosis, sea á expensas de islotes del cartilago de conjugación, desprendidos durante los primeros estadios de la osteogénesis, incluso en la exóstosis; sabido es que la mayoría de los autores, siguiendo á Virchow, admiten actualmente que las exóstosis osteogénicas se desarrollan precisamente á expensas de semejantes inclusiones cartilaginosas; se ve fácilmente el lazo patogénico que une en este caso la exóstosis y el condroma.

2.ª El condroma coexiste en un mismo sujeto con exóstosis osteogénicas, casi siempre múltiples, sin que nada permita pensar que el condroma se haya desarrollado sobre una exóstosis anteriormente existente.

Aun aquí, la hipótesis formulada por Virchow, que hace dimanar las exóstosis de crecimiento y los condromas de islotes desprendidos de los cartílagos de conjugación durante los primeros estadios de la osteogénesis, es la que nos explica de la manera más satisfactoria la asociación en un mismo individuo de estas dos afecciones.

Digitized by Google

Tratamiento de la luxación congénita de la cadera. Comunicación presentada al XV Congreso internacional de Medicina (Lisboa, 19-26 Abril 1906) por E. Kirmisson.

El primer hecho que llama la atención en cuanto se dirige la vista sobre los trabajos publicados, es el pequeño número de éstos, en los que se trata de la reducción por el método cruento. Es evidente que éste pierde sin cesar terreno frente á su rival la reducción incruenta.

Método cruento.—He aquí las observaciones de reducción por este método que hemos podido recoger. En *La Lanceta* de 1901, una del Dr. Martín, relativa á un niño de seis años, en el cual practicó una operación á cielo abierto por el método de Lorenz. Los ensayos de reducción incruenta habían fracasado. Existía cavidad cotiloidea, por lo cual la cabeza femoral, que era normal, fué fácilmente puesta en su sitio, merced á la abducción y la rotación interna. En un caso de Jordán (*Münch med Wochens.*, 1902) se trataba de un niño de cinco años y medio. Fué operado según el procedimiento de Hoffa. Hubo que excavarle el *acetábulum*. A los doce días el niño abandonó el lecho é hizo tentativas para andar. El resultado funcional, excelente. El acortamiento de cuatro centímetros y medio ha quedado reducido á un centímetro y medio. Dowes (*Annals of Surgery*, 1902) publica dos observaciones: en una de ellas, la cabeza femoral está en su sitio, y el miembro, en ligera flexión y abducción, presenta solamente algunos grados de movilidad; en la otra ha quedado un acortamiento considerable. El resultado deja mucho que desear en ambos casos. En una observación de Whitman de luxación doble el resultado es satisfactorio.

Drehmann, en un trabajo publicado en 1903, da á conocer los resultados obtenidos en la clínica de Mikulicz en los diez últimos años. Fueron operados 22 casos; tres por el método de Lorenz, y el resto por el de Hoffa. De todos estos casos (26 operaciones en total, incluyendo las luxaciones dobles), uno falleció de septicemia al tercer día; tres padecieron una infección grave; dos, leve; en los demás no ocurrió ningún incidente.

De 15 luxaciones unilaterales curadas, en una hubo una reluxación completa, que más tarde se redujo por el método incruento. Dos veces hubo supresión casi completa de los movimientos, á pesar de la reunión por primera intención. Había además tendencia á la contractura. Enumera otros varios casos en los que han sobrevenido contracturas, reluxaciones, etc., etc.

Como se ve, estos resultados están lejos de ser brillantes. Drehmann concluye que, á partir de los cinco años, la operación cruenta, aun con una asepsia perfecta, suele producir un envaramiento más ó menos completo, con tendencia á la contractura.

Digitized by Google

En los niños las circunstancias son más favorables, pero es más de temer la reluxación.

En un niño de cuatro años, Witzel (de Bonn) procedió de la siguiente manera: 1.° Corrección del acortamiento por una extensión muy fuerte bajo la acción del cloroformo y fijación por medio de un aparato de escayola del resultado obtenido. 2.° Algunos dias después fué abierta una ventana al nivel del trocánter mayor, sobre el cual hizo una incisión oblicua, clavando en el hueso ilíaco, por encima de la cabeza femoral, cinco clavos dorados de tres milímetros de grosor por cuatro centímetros de longitud. Estos clavos tenían por objeto impedir mecánicamente la reluxación, al mismo tiempo que provocar la formación de una condensación ósea. El Dr. Kirmisson ha practicado esta operación en un caso de luxación doble, obteniendo buen resultado en un lado; en el otro sobrevino la reluxación. M. Bradfort llama la atención sobre la utilidad de la tenotomía del adductor mayor.

Sherman se declara partidario de la artrotomía en todos los casos, habiendo obtenido resultados bastante satisfactorios; para ello practica la incisión de Lorenz, con la pierna en extensión; incinde la cápsula, introduciendo un dedo en el cotilo, que sirve de guía á un bisturí de botón, con el que desbrida el estrechamiento capsular. Después procede á las maniobras de la reducción.

Método incruento.—De una manera general puede decirse que mientras menos edad tiene el paciente en mejores condiciones está para la reducción. La radiografía puede ayudar eficazmente para estudiar el estado de la cabeza femoral y la cavidad cotiloídea.

Respecto de los procedimientos de reducción, Davis cita la fuerza empleada por Lorenz en un caso que operó en Filadelfia. No comprendido el cloroformizador, necesitó ocho ayudantes para practicar extensión y contraextensión y sujetar la mesa. Se trataba de un niño de cuatro años, y no consiguió más que desplazar la cabeza femoral ligeramente hacia adelante. El Dr. Kirmisson rechaza este procedimiento por inútil y peligroso, defendiendo su método *de dulzura* ya expuesto en una comunicación al Congreso de Madrid de 1903. Como tratamiento consecutivo deja libre la rodilla, manteniendo el aparato de escayola durante ocho ó diez meses.

En la reducción pueden ocurrir fracturas y desprendimientos epifisarios y parálisis nerviosas periféricas. También, aunque con menos frecuencia, se han producido hernias por debajo del ligamento de Poupart.

La mayor parte de estos accidentes se producen por el exceso de fuerza empleado en la reducción.

DR. PALACIOS Y OLMEDO

(De la *Revista de Ortopedia*, de Kirmisson. París, 1.° de Mayo de 1906.)

Digitized by Google

Oto-rino-laringología.

La thiosinamina en el tratamiento de las enfermedades del oído, por el Dr. C. Kassel de Possen. (*Revue hebd. de laringologie*, etc.)

Kassel refiere el resultado obtenido en cuatro enfermos de otitis media adhesiva consecutiva á la supurada. Usó la solución alcohólica al 15 por 100, adicionada de 10 por 100 de anestesina, para evitar el dolor. Hizo tres inyecciones, cada una de un gramo.

Los enfermos acusan durante algunas horas después de la inyección sensaciones diversas (palpitaciones, ruidos muy fuertes en el oído).

Al cabo de estos días, todos, después de dos ó tres inyecciones, acusaron una mejoría cierta de la agudeza auditiva.

Después de mayor número de inyecciones no llegan éstas á producir ningún efecto; los ruidos subjetivos, en particular, no sufren alteración, y se perciben ruidos lejanos. El autor piensa que el tratamiento se completa con 15 ó 20 inyecciones, y opina que debe generalizarse como coadyuvante siquiera de los demás recursos que se emplean para remediar la otitis adhesiva.

Tratamiento de la osteítis condensante de la mastoides de forma neurálgica por el vaciamiento (evidemment), por el Dr. Augieras. (*Boletin de Laringología, Otología y Rinología*, año VI, núm. 1.)

El Dr. Augieras relata una serie de casos en los que ha observado, como complicación de otitis medias, la osteítis condensante en forma neurálgica.

Los caracteres de esta afección son:

1.° Cefalalgia lateralizada al lado enfermo, de tipo de neuralgia fronto-témporo-occipital.

2.° Ausencia de signos exteriores de mastoiditis, excepto el dolor.

3.° Falta de relación del dolor y el estado del oído.

4.° La neuralgia no obedece á ninguna medicación, y las instilaciones analgésicas en el oído exacerban el dolor; hay hiperestesia.

5.° Influencia grande de la afección sobre el estado general.

6.° Desaparición de los dolores después de la operación.

Las alteraciones óseas observadas son de osteítis condensante en diferentes períodos.

Los dolores se explican por la compresión de filetes nerviosos por el tejido óseo condensado, y los efectos operatorios son inmediatos al suprimir este tejido.

Digitized by Google

Cuidados higiénicos que requiere el recién nacido desde el punto de vista oto-rinológico, por el Dr. Torrens y Pons. (*Revista Barcelonesa de enfermedades del oído*, etc.)

Se lamenta el autor del abandono en que se tiene al órgano auditivo del recién nacido. La otorrea es considerada todavía hasta por algunos médicos como un flujo bienhechor que hay que respetar. El dolor suele tratarse por la consabida instilación de unas gotas de leche, que al fermentar puede acarrear trastornos á veces irreparables.

Según el Dr. Torrens, el 79 por 100 de sordo-mudos lo son á consecuencia de una enfermedad contraída en los primeros días de la vida.

Teniendo en cuenta estos peligros y el trabajo de evolución que sufre la caja en los primeros días de la vida extrauterina, los cuidados de limpieza deben extenderse al oído y nasofaringe, desinfección del pabellón y conducto externo con torundas de algodón impregnadas en vaselina boricada ó fenicada. Se limpiará de mucosidades la nasofaringe, y se instilará en ella alguna sustancia antiséptica; se procurará que el niño llore con fuerza, para que las trompas se hagan permeables, y, si fuere preciso, se hará una ligera politzeración.

Todos estos cuidados deben extremarse cuando el niño padezca las afecciones exantemáticas.

Anomalía del seno lateral con ausencia del antro mastoideo, por el Dr. Lucchessi. (*Bolleitino delle malattie dell'orechio*, etc.)

Mujer de cincuenta años, con otitis purulenta del lado derecho, consecutiva á la gripe; mastoiditis. En la intervención, la incisión da salida á una regular cantidad de pus; perforación espontánea por encima de la línea temporal; grupo de células limítrofes póstero-superiores del conducto, infectadas; tejido óseo, necrosado; fungosidades.

Al abrir el antro en el sitio de elección, y á 2 mm. de profundidad, se encuentra el seno; las tentativas hechas en diferentes sentidos van á caer siempre sobre él; se encontraba enormemente proyectado hacia adelante hasta la espina de Heule; su porción descendente corría paralela y escasamente á 2 mm. del conducto, llegando hasta la punta y manteniéndose muy superficial en todo su recorrido.

El valor de las inyecciones submucosas de parafina en el tratamiento del ozena, por el Dr. Navratil, de Budapest. (*Archives internationales de Laryngologie*, etc.)

Por los minuciosos exámenes bacteriológicos practicados por D'Abel sabemos que el agente del ozena es un bacilo encapsulado

Digitized by Google

que se asemeja á otros encapsulados también y se confunde con el del rinoescleroma por deficiencias de la técnica actual.

Ocho años antes encontró estos bacilos Söwenberg, pero no los conceptuó productores del ozena por haberlos hallado en la secreción normal. D'Abel niega, de acuerdo con Strübing, que este bacilo exista en la secreción de la mucosa normal, y lo tiene como agente causal único del ozena.

Los signos de la enfermedad no son, según dicho autor, ni la atrofia ni el hedor, como se venía creyendo; supone que el bacilo encapsulado provoca una afección por islotes circunscritos en la mucosa, y estos puntos producen una excreción que se deseca rápidamente, constituyendo una costra que va aumentando de volumen. La presión por las costras produce la atrofia, y el hedor es debido á la descomposición de éstas por la penetración en las mismas de microorganismos que las descomponen.

A muchas causas se ha atribuído el ozena; pero todas las hipótesis fueron desechadas al demostrarse que la blenorrea laríngea de Stork y el tracoma laríngeo de Türk no son sino un ozena provocado en la laringe por el bacilo encapsulado, y que también al oído medio, á la faringe y á la tráquea se puede propagar, por acción siempre del referido bacilo.

Todos los tratamientos empleados son poco eficaces. La parafina es el mejor tratamiento, pues con la inyección ya hoy exenta de peligros puede conseguirse dar á las fosas nasales tal forma, que las costras que puedan formarse ni se desequen ni se descompongan. Empleando la jeringa de Broekaert, modificada por Lermoyez, se hace la inyección de la parafina sólida y fría, y por consiguiente queda descartado el peligro de la embolia. Relata cinco casos de ozena avanzado tratados con éxito, cuatro por la inyección en los cornetes y en el septum, sin otro accidente que dolores en el territorio del trigémino, que desaparecen pronto. En el otro caso, bien porque la parafina no estuviese aséptica ó porque la enferma se quitó el tapón de la nariz y respiró bastante polvo, la fosa nasal operada supuró y no se obtuvo ventaja.

Sobre las inyecciones submucosas de parafina. (En la Societé parisienne de Oto-rino, etc. Sesión de 28 de Febrero último, bajo la presidencia de Gellé.)

Mahú presenta varios casos tratados con éxito por la inyección de parafina fría bajo la mucosa de los cornetes para curar el ozena, y otros de prótesis nasal. Cree que los casos de extrema atrofia deben desecharse *d'emblée*. Lermoyez señala las contingencias de la inyección de parafina caliente. Castex dice haber inyectado en el

Digitized by Google

dorso de una nariz deformada parafina fría, que fué evacuada. Mahú cree que esa inyección fué superficial, y recomienda hacerla en el tejido celular subcutáneo.

(En la Sociedad de Laringología de Vienne, bajo la presidencia de Chiari, en 8 de Noviembre.)

Glas presenta un cráneo con ausencia del seno frontal derecho.

Nuevo método operatorio de resección submucosa del tabique.—*El bisturí en báscula*, por el Dr. Ballenger, de Chicago. (*Anales des maladies de l'oreille*, etc.)

El autor presenta un bisturí en báscula, del cual la lámina cortante transversal y movible está dirigida perpendicularmente á la extremidad de un instrumento en forma de horquilla. Se puede, por consiguiente, cortar en todos sentidos, de delante atrás ó de arriba abajo. Cuando la mucosa ha sido despegada de las dos caras del tabique es necesario seccionar en un solo trozo el cartílago cuadrangular, con bastante facilidad en este caso.

Ictus laríngeo, por J. Mort. (*Archivos de Laringología*, B. D. XVI.)

El autor refiere dos casos de ictus laríngeo en dos hombres alcohólicos y grandes fumadores. Analiza las teorías actualmente en boga—reflejo cerebral (Semon) y reflejo cardíaco (Garel)—equivalentes á la epilepsia de las enfermedades de Menière, etc. Cree que el alcoholismo y el tabaquismo predisponen á esta enfermedad (Schadewaldt) y que se puede incriminar á la arterio-esclerosis el mismo papel.

Tratamiento quirúrgico del cáncer de la laringe, por el Dr. Cheval. (*La Presse Oto-laryngologique belge.*)

Las conclusiones de esta comunicación, que fué presentada por su autor á la Sociedad Belga de Oto-rino-laringología, son las siguientes:

1.ª La traqueotomía como tratamiento del cáncer laríngeo debe reservarse para los casos absolutamente inoperables.

2.ª Para los operables hace falta que el médico sea con menos frecuencia el gran factor de la inoperabilidad y la recidiva. El diagnóstico debe ser precoz.

3.ª Cualquiera que sea la extensión del tumor, el autor aconseja la laringuectomía total con enucleación sistemática ganglionar.

Digitized by Google

4.ª Algunos operadores más eclécticos tirotomizan antes de laringuectomizar.

5.ª La vía endolaríngea no es recomendable.

DR. JIMÉNEZ ENCINA

El electroimán para la extracción de cuerpos extraños en los bronquios.
(Ann. of Surg.)

Hosmer refiere la observación siguiente: Una niña de diez y seis meses, jugando, se había tragado un gran clavo; sobrevino una violenta quinta de tos con sofocación, pero pasada esta crisis sólo presentó durante ocho días una bronquitis ligera.

Sin embargo, por radiografía se vió que la cabeza del clavo alcanzaba el borde superior de la séptima costilla izquierda; la punta estaba dirigida hacia arriba y situada hacia el borde inferior de la cuarta costilla;.el cuerpo extraño se encontraba, pues, en el bronquio izquierdo, por detrás del corazón.

Con un electroimán, que atraía un clavo gordo desde cinco centímetros de distancia, se probó á atraerle. Tres días después se practicó una traqueotomía baja; se introdujo el imán en el bronquio izquierdo; se estableció la corriente, y se extrajo el cuerpo extraño. La niña curó sin complicaciones.

Tumefacción aguda de la glándula tiroides por el ioduro potásico.
(Wien. Med. Wochens.)

Sillerg refiere el caso de un hombre sifilítico que presentaba una tumefacción de la glándula tiroides después de haber tomado ioduro. Se creyó que se trataba de una manifestación sifilítica y se practicaron inyecciones subcutáneas mercuriales. La tumefacción disminuyó un poco. Pero habiendo tomado tres cucharadas medianas por día de una solución de ioduro al 3 por 100, se vió al cabo de siete días que la tumefacción aumentaba. Entonces se pensó que se trataba de una manifestación de iodismo. En efecto: habiendo ensayado nuevamente, de acuerdo con el enfermo, el ioduro, reaparecieron los mismos síntomas. Se trataba, pues, de una intolerancia particular de la glándula tiroides para el iodo.

No se conocen sinó otros dos casos similares, de Sellei y de Marotte.

DR. JUVENTINO MORALES

Digitized by Google

Un caso de faringotomía transhioídea modificada, con extirpación de la epiglotis, tercio superior de la laringe y los dos tercios posteriores de la lengua, por el Dr. R. Botey. (*Archivos de Rinología, Laringología y Otología*, Marzo-Abril de 1906.)

El infatigable Dr. Botey, gloria legítima de la Oto-laringología española, acaba de publicar el siguiente interesantísimo caso: Refiérese á un enfermo con un epitelioma de la epiglotis, vestíbulo laríngeo y dos tercios posteriores de la lengua, á quien seis días después de haberle practicado la traqueotomía hace una extensa extirpación por vía transhioídea, según un procedimiento original. Posición de Rose-Trendelemburg. Incisión desde un través de dedo por debajo del mentón, hasta otro por debajo del ángulo del tiroides; descubre el rafe del milohioídeo; desnuda el hioides y lo reseca dos centímetros; incinde la mucosa faríngea y la membrana tirohioídea verticalmente. Encuentra la epiglotis profundamente desorganizada; los repliegues gloso-epiglóticos y algo más de la mitad de la lengua están invadidos; las paredes próximas de la faringe se encuentran engrosadas.

La resección del hioides le proporciona mucho campo, y con potente iluminación va extirpando la epiglotis y la lengua desde su base; secciona las dos arterias linguales, que pellizca con las pinzas de Pean.

Poco á poco separa más de las tres cuartas partes de la lengua, hasta penetrar en el tejido sano. Suprime todo el tejido neoplásico de las paredes laterales de la faringe y de los repliegues ariepiglóticos, recortando también el borde superior de las láminas del tiroides hasta las bandas ventriculares. Sutura el pequeño trozo de lengua que quedaba con las paredes de la faringe y con la porción anterior de la laringe, en donde coloca un tubo de desagüe, que sujeta al exterior con un imperdible. Sutura profunda con hilo de plata que atraviesa la piel á unos tres centímetros de la incisión, con objeto de aproximar los tejidos por encima de la abertura de la laringe (poco protegida con la supresión de la epiglotis, los repliegues y gran parte de la lengua).

Sutura con hilo de seda de la incisión cutánea, dejando una abertura inferior, por donde pasa el tubo de desagüe; sonda corta permanente, metida por la nariz hasta la entrada del esófago para la alimentación del enfermo.

El enfermo reaccionó bien con el auxilio del calor, del suero artificial y de una inyección de cafeína, pues la operacion duró más de dos horas.

Tres semanas más tarde todo estaba cicatrizado, y el operado no llevaba cánula, respirando muy bien por las vías naturales. La deglución seguía siendo difícil; pero el paciente había aprendido á

Digitized by Google

meterse la sonda, y con el auxilio de un embudo se introducía por ella el alimento.

Conserva la voz timbrada y clara, pero la articulación de algunas palabras es un poco confusa.

Del estudio de este notable caso deduce Botey:

a) La superioridad de la faringotomía transhioídea, con resección parcial del hioides, sobre las demás faringotomías, pues proporciona mucho campo para operar sobre la epiglotis, la mitad posterior de la lengua y la entrada de la laringe.

b) La posibilidad de extirpar la lengua sin previa ligadura de las linguales.

c) Que se puede hablar de manera inteligible poseyendo menos de una tercera parte del órgano lingual.

d) Que la sutura profunda enclavijada, aproximando los tejidos prefaríngeos, abrevia la curación y facilita la deglución.

DR. A. G. TAPIA

Proctología.

La ileo-rectostomía en el cáncer del intestino grueso. (*Le Monde Medical*, 1.° Marzo 1906.)

El Dr. Demoulin ha presentado á la *Societé de Chirurgie* una observación de ileo-rectostomía en una mujer enferma de oclusión intestinal aguda por cáncer estenosante de la S ilíaca. Se practicó una laparotomía, creándose una anastomosis en la sínfisis sacro-ilíaca izquierda, entre el intestino delgado y el colon pelviano. La operación fué seguida de curación; pero algunos meses más tarde sucumbía la enferma por generalización.

Este caso, que se une á los que ya conocemos iguales, nos demuestra que cada operación es legítima en ciertas circunstancias y no es más grave que la creación de un ano artificial, cuya mortalidad es de un 8 á un 10 por 100. Es preferible recurrir á las suturas siempre que sea posible; pero deberemos servirnos del botón de Murphy si la boca anostomótica no puede hacerse más que en la parte inferior del recto.

La dilatación forzada del ano. (*El Monitor Terapéutico*, 15 Marzo 1906.)

He aquí en extracto las principales reglas que aconseja el doctor Tédenat:

La dilatación forzada del ano no deberá ser ni brusca ni brutal.

Debe hacerse todo lo aséptica posible.

La víspera se purgará el enfermo, evitando los drásticos, que congestionan el recto, edematizan su mucosa y provocan la tensión hemorroidal.

Digitized by Google

Es preferible la dilatación digital á la practicada con instrumentos.

La anestesia es indispensable, y deberá ser completa. Una semianestesia puede ser en extremo peligrosa y exponer á un síncope grave.

Formulario de proctología. (Dorvault, vigésimosexto suplemento, 1906.)

D.e	Anestesina	20 centigramos.
	Manteca de cacao	3 gramos.

M.e Para un supositorio.

En la fisura de ano.

D.e	Anestesina	10 gramos.
	Vaselina blanca	90 »

M.e

Prurito de ano.

D.e	Estovaína	2 centigramos.
	Extracto de belladona	3 »
	Manteca de cacao	3 gramos.

M.e Para un supositorio.

Fisura de ano.

D.e	Estovaína	3 centigramos.
	Ortoformo	10 »
	Disolución de adrenalina al 1 por 1.000.	4 gotas.
	Extracto de belladona	1 centigramo.
	Manteca de cacao	3 gramos.

M.e Para un supositorio.

Hemorroides fluentes dolorosas.

D.e	Aceite de linaza	aa.	20 gramos.
	Agua de cal		
	Oxido cíncico		15 »
	Extracto de hidrastis	aa.	10 »
	Idem de hamamelis		
	Iodoformo		6 »

M.e Aplicaciones tópicas mañana y noche.

Prurito anal.

D.e	Tigenol	20 centigramos.
	Manteca de cacao	4 gramos.

M.e Para un supositorio.

Prurito de los hemorroides.

Digitized by Google

El prolapso rectal, su patogenia y su tratamiento. (La Semaine Médicale, 9 Mayo 1906.)

El Dr. Mapalkov (de Moscou) dice que es preciso distinguir el prolapso de la mucosa rectal del prolapso del recto propiamente dicho.

El primero tiene siempre por causa la inflamación catarral, y el tratamiento debe ajustarse al proceso morboso. La escisión simple de los pliegues prolapsados de la mucosa son á menudo insuficientes; se obtienen mejores resultados por la torsión de la misma á 180°.

En cuanto al prolapso verdadero, no es otra cosa que una hernia perineo-rectal. Las condiciones de su evolución son el descenso del fondo de saco vésico-rectal, la atonía de la capa musculosa del recto y la debilidad de los músculos de la pared pelviana inferior. La longitud del canal perineo-rectal, que en el estado normal es apropiada á la del recto, se acorta en los casos de prolapso. Se puede reproducir fácilmente el prolapso en el cadáver aumentando la presión intra-abdominal.

Para el tratamiento se procede según los principios de las operaciones radicales de las hernias: supresión del saco peritoneal, plegadura longitudinal de la musculosa sobre la pared anterior del recto, plegadura transversal y sutura de los bordes medios de los músculos elevadores del ano.

DR. F. MARTÍNEZ SUÁREZ

Vías urinarias.

1. *Los cilindros urinarios fibrinosos*, por el Dr. G. Padoa. (*Annales des maladies des organes genito-urinaires.* París, 15 de Febrero de 1906.)

Padoa estudia los cilindros fibrinosos que pueden encontrarse durante el examen histológico, ya en el sedimento urinario, ya en los canalículos del riñón. El gran maestro en microscopia urinaria, Rovida, pensó siempre que los cilindros fibrinosos únicamente podían encontrarse en el riñón en caso de hemorragia.

Ernst, en 1893, admite la presencia, aunque rara, de cilindros fibrinosos en la orina, teniendo su origen, gracias á condiciones desfavorables de circulación y como consecuencia del paso de un exudado de los capilares intertubulares á través de la membrana propia de los canalículos, pudiendo sufrir dichos cilindros la transformación en hialinos, hecho que admite igualmente Israel.

Lubarsch, fundándose en el hecho de la no coloración de la fibrina por el método de Weigert, pone en duda la formación de los cilindros fibrinosos; pero, aun admitiéndolos, niega la transformación en hialinos, porque el método de Russel, que colora en rojo la sustancia homogénea de estos últimos, no tiñe la fibrina.

Digitized by Google

Jatta ha demostrado experimentalmente, determinando de un modo artificial (inyecciones tóxicas) alteraciones en la circulación, la existencia de una hiperemia renal productora de extravasación sanguínea en las cápsulas glomerulares y en los canalículos; los hematíes se alteran rápidamente, deformándose al cabo de diez ó quince minutos, tales como se pueden observar en una solución concentrada de urea. El primer efecto de las soluciones concentradas de urea sobre los hematíes es hacerles emitir pequeñas prolongaciones que poco á poco se separan de la célula madre, de tal manera, que ésta llega á descomponerse en más ó menos cantidad de corpúsculos coloreados en forma de ampollas.

En las hemorragias renales recientes se encuentran estos elementos en la orina (pseudo-microcitos de Eichhorst).

Estas granulaciones son, en el sentir de Jatta, las que se forman en los canalículos urinarios con la propiedad de tomar con intensidad la coloración Weigert, así como todas las otras que coloran los hematíes, eosina, fuchsina, etc. En los canalículos renales, cuyos epitelios existen en buen estado, dichos gránulos forman, en muy poco tiempo, cilindros fibrinosos propiamente dichos.

Padoa, que en sus investigaciones ha confirmado plenamente las experiencias de Jatta, llega á las siguientes conclusiones: 1.ª Pueden existir cilindros fibrinosos. 2.ª Dichos cilindros tienen su origen en la fragmentación de los hematíes en los tubuli. Y 3.ª La presencia de estos cilindros supone irrupción de sangre en la cápsula glomerular y en los tubuli renales.

II. *La operación de Freyer, ó prostatectomía total por vía suprapubiana*, por el doctor A. Papadopaulos, de Lyon. (*Annales des maladies des organes genito-urinaires*. París, 15 de Marzo de 1906.)

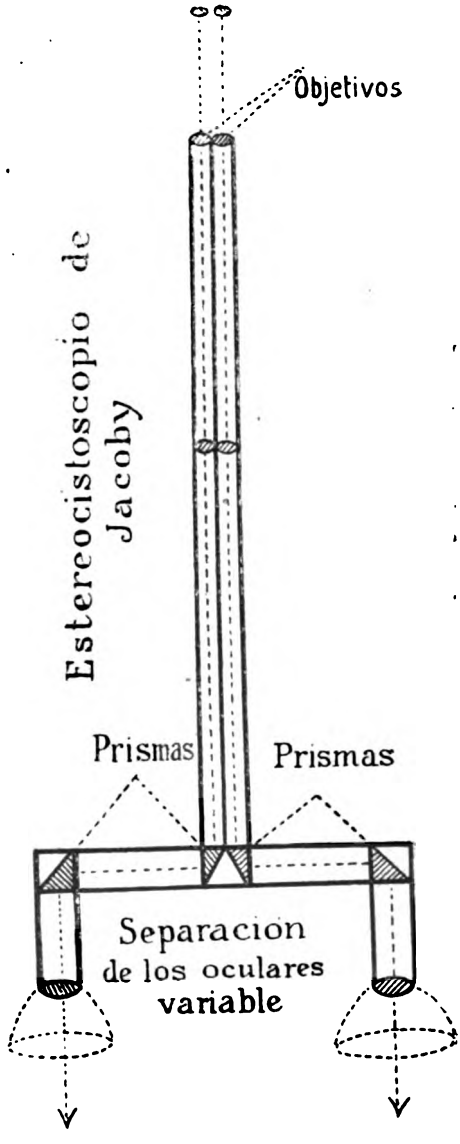
En este trabajo, el autor, después de hacer un ligero bosquejo histórico de la prostatectomía transvesical, dar la definición, estudiar la próstata normal y la hipertrofiada, rompe lanzas en favor de dicho método, al cual señala las ventajas siguientes: operación relativamente inofensiva, que permite un buen desagüe de la vejiga y restaura rápidamente la contractilidad de dicho órgano; menos expuesta á hemorragias, exenta del inconveniente de heridas de recto, de fístulas uretrales y de la necesidad de un cateterismo largo y repetido; igualmente los fenómenos de hipostasia se señalan con menos frecuencia en el método de Freyer.

A juicio del autor, y por las razones antedichas, se produce actualmente en Francia un movimiento en favor de la prostatectomía suprapubiana.

Digitized by Google

III. *La Estereocistoscopia*, por el Dr. S. Jacoby, de Berlín. *(Annales des maladies des organes genito-urinaires.* París, 1.° de Marzo de 1906.)

Los ensayos que el autor ha practicado con el cistoscopio fotográfico de Nitze le han conducido á la construcción de un estereocistoscopio con el cual asegura la posibilidad de observar con los dos ojos el interior de la vejiga, es decir, ver en relieve las imágenes planas que se obtienen cistoscopiando con un ojo solo; la figura adjunta indica la marcha de los rayos luminosos por líneas de puntos; el ocular derecho, con sus dos prismas rectangulares, posee un movimiento de rotación alrededor del eje del aparato óptico del mismo lado, igual á un ángulo de más de 90°; este movimiento de rotación facilita el acoplar los oculares según la mayor ó menor distancia que exista entre los ojos de cada observador; la distancia máxima á que pueden colocarse los oculares es de ocho centímetros, y de cinco la mínima. El estereocistoscopio, dice el autor, es utilísimo para la enseñanza, puesto que permite ver al mismo tiempo el maestro y el discípulo, cada uno por un ocular.



IV. *Tratamiento quirúrgico de las nefritis crónicas* (Mal de Bright). Informe presentado al XV Congreso Internacional de Medicina, por el Dr. A. Pousson, de Bordeaux. *(Annales des maladies des organes genito-urinaires.* París, 15 de Abril de 1906.)

Después de un estudio detallado y concienzudo de la materia, acerca de la cual tanto ha trabajado y se ha distinguido el eminente

Digitized by Google

cirujano bordelés, llega á las conclusiones siguientes: El tratamiento quirúrgico de las nefritis crónicas es paliativo ó curativo; las operaciones que corresponden al primer grupo son: nefrectomía, nefrotomía, nefrolisis y nefrocapsulectomía.

El modo de acción de la nefrectomía se comprende perfectamente en las nefritis dolorosas y hemorrágicas, pero su influencia en las crisis urémicas es más difícil de explicar, y, sin embargo, el hecho es real: después de la extirpación del riñón, la secreción urinaria vuelve al estado fisiológico.

La nefrotomía obra en las nefritis dolorosas cesando la compresión y estrangulación que determina la cápsula en el parénquima; por idéntico mecanismo acciona en las nefritis hemorrágicas; en las crisis urémicas suprimiendo la hipertensión intrarrenal, é indirectamente por vía refleja los edemas y la hipertrofia cardíaca.

La nefrolisis permite la irrigación complementaria renal por los vasos periféricos, escindiendo y resecando la cápsula adiposa esclerosada y soldada á los tejidos próximos.

La decapsulación actúa disminuyendo la tensión intrarrenal, descongestionando y favoreciendo el desenvolvimiento de una circulación complementaria.

En cuanto al valor terapéutico de las citadas operaciones, la nefrotomía en los casos de nefritis dolorosas y hemorrágicas debe ser preferida á la nefrectomía, nefrolisis y decapsulación, que no permiten una detenida exploración del riñón ni la confirmación del diagnóstico; la intervención en las crisis urémicas da una mortalidad de 23,6 por 100, cifra relativamente pequeña si se tiene en cuenta la gravedad del estado de los operados; y si bien es verdad que muchas veces no se obtiene la curación definitiva, en cambio proporciona mejorías que duran largos años.

La pequeña mortalidad y los resultados lejanos de la intervención en las crisis urémicas legitiman el tratamiento y contrarrestan la objeción fundada en la gravedad de las lesiones brighticas.

La bilateralidad de la nefritis no es obstáculo á la intervención.

La nefritis puede ser desde luego unilateral; este hecho, no contrario á las leyes de la patología general, está demostrado en la clínica y en las necropsias; ciertos signos subjetivos, la separación intravesical de la orina y el cateterismo ureteral permiten afirmar su existencia.

El tratamiento quirúrgico de las crisis urémicas debe emplearse cuando todos los medios médicos hayan sido insuficientes, sin que por esto esperemos á la aparición de la fase tóxica, en la que el corazón también ha tomado parte.

Si bien es cierto que la mortalidad operatoria de la nefrotomía es mayor que la de la decapsulación (aunque depende en mucho de

Digitized by Google

la gravedad de los casos para que ha sido empleada), debe tener la preferencia porque es la que más factores combate en las crisis urémicas; en casos de intervención bilateral es buena práctica hacer nefrotomía y decapsulación en un lado, y decapsulación sola en el otro.

Tratamiento curativo.—La idea, cuya concepción corresponde á Edebohls, basada en el papel aislador de la cápsula propia del riñón, que suprimida por la decapsulación y permitiendo una nueva arterialización por el hecho de penetrar los vasos periféricos en el riñón, favorece la reabsorción de los productos y exudados inflamatorios, libra los tubos y glomérulos de la compresión exterior y restablece la circulación en su interior.

Contradictorios son los resultados obtenidos en las experiencias llevadas á cabo para determinar los resultados anatómicos y el valor fisiológico de la decapsulación. 1.° Es opinión general que bien hecha esta operación y con la garantía de la más absoluta asepsia, no determina ninguna lesión del parénquima. 2.° La cápsula se regenera; pero mientras unos creen que se esclerosa y comprime el riñón, otros aseguran que permanece flexible, blanda é incapaz de comprimirlo. 3.° Unos afirman que los vasos de la cápsula regenerada no penetran en el parénquima; otros afirman el hecho. 4.° En los casos en que el riñón está incluído en un repliegue del peritoneo, la cápsula no se regenera; la penetración vascular admitida por unos es rechazada por otros.

Los resultados inmediatos son satisfactorios, puesto que la mortalidad operatoria, que en Edebohls representa el 9,7 por 100, desciende al 6,66 por 100 en las estadísticas de conjunto de otros operadores; en cuanto á los resultados lejanos, son halagadores por la notable mejoría de la mayor parte de casos, y Edebohls afirma haber obtenido la curación completa en casi la mitad de intervenciones.

Si es verdadera la concepción de Edebohls concediendo oficio aislador á la cápsula propia del riñón, aunada con la penetración de los vasos periféricos en el parénquima, la decapsulación es la única operación que puede pretender la curación del mal de Bright; pero si admitimos que la cápsula ejerce compresión sobre el tejido renal, hay que reconocer que la nefrotomía asegura más pronto y mejor la decompresión, y no añadiendo gravedad al acto operatorio es conveniente, como ya queda dicho, practicar la incisión de un riñón en casos de decapsulación doble.

Digitized by Google

V. *De la cistitis de origen colibacilar en la infancia*, por el Dr. Saba Frontini. Memoria leída en la sesión científica sobre trabajos hechos en la Clínica pediátrica de la Real Universidad de Bolonia del Prof. C. Comba, del 21 de Febrero de 1906. (*Bullettino delle Scienze Mediche*, órgano de la Società Medico-Chirurgica e della Scuola Medica di Bologna. Bolonia, Marzo 1906.)

Descrita la primera vez en 1894 por Escherich, la cistitis producida por el *bacterium coli* en los niños fué bien pronto objeto de atención y estudio por otros autores, entre ellos Trumpp, Finckelstein, Comba, etc., y si bien es verdad que probaron la relativa frecuencia con que se presentaba, todavía escapaba al diagnóstico; examinando Escherich la orina de 255 enfermos, encontró el 4,6 por 100 en niñas y el 4,4 por 100 en niños; y si á estas observaciones se agrega el feliz resultado obtenido por el profesor Comba en un caso de cistitis, aplicando el suero anticólico Celli-Valenti resalta la importancia del asunto y el cuidado que debe ponerse en la investigación clínica y bacteriológica de la orina.

Después estudia el autor las tres vías que sigue el bacilo coli para producir la cistitis, sanguínea, intestinal ó transparietal y uretral, con demostraciones experimentales en conejos y perros.

Divide la cistitis en primaria y secundaria, y como más frecuente esta última, la primaria la subdivide en forma leve y grave, llegando ésta á producir la muerte algunas veces por infección ascendente (urétero-pielitis y pielo-nefritis); el curso y la sintomatología de la secundaria depende de la marcha que siga la enfermedad causal.

Aparte las reglas de higiene comunes á todas las infecciones, aconseja la prescripción del salol, helmitol ó urotropina, y localmente lavados vesicales con solución de protargol, y en los casos graves la inyección del suero anticólico Celli-Valenti, aun cuando por el examen bacteriológico no se haya podido definir exactamente si el agente patógeno es el colibacilo.

DR. CARLOS NEGRETE

Digitized by Google

BIBLIOGRAFÍA

POR EL DR. GUTIÉRREZ

Algunas consideraciones sobre las dimensiones de la cabeza del feto á término.—Comunicación hecha á la XIII sección del XV Congreso Internacional celebrado en Lisboa por el Dr. S. da Costa Sacadura.

Siendo de capital importancia para el estudio del mecanismo del parto normal, para las intervenciones obstétricas y aun para el ejercicio de la Medicina legal el conocimiento exacto de las dimensiones de la cabeza del feto á término, ó sea de sus diámetros, y no estando de acuerdo los autores respecto á este punto de la Obstetricia, el Dr. Da Costa Sacadura se ha tomado el trabajo de practicar diferentes mediciones en 529 fetos á término y que nacieron vivos y en presentación de vértice.

Para apreciar la diferencia de los diversos diámetros en los dos sexos y la relación que existe entre aquéllos y el peso del feto, formó el autor dos grupos: uno constituído por los individuos del sexo masculino, y otro por los del sexo femenino. En cada uno de estos grupos estableció tres subdivisiones: la primera comprendía los fetos de peso superior á 3.500 gramos; la segunda, los de 3.000 á 3.500; y la tercera, los de un peso inferior á 3.000 gramos.

Estos datos, cuidadosamente recogidos en siete cuadros donde constan las medidas de todos los diámetros y circunferencias de la cabeza fetal y las diferencias comparativas obtenidas por distintos autores, vienen á demostrar:

1.° Que los diámetros de la cabeza de un feto á término del sexo masculino aumentan con la longitud y el peso del feto, al igual de lo que ocurre con el sexo femenino.

2.° Que, por lo tanto, el sexo no tiene apenas influencia en las dimensiones de los diámetros cefálicos, ó lo que es igual, que el volumen de la cabeza del recién nacido es sensiblemente el mismo para el mismo peso, cualquiera que sea el sexo. Lo propio confirman los resultados obtenidos por Ribemont y Budin.

3.° Que, en general, los niños son más largos que las niñas, puesto que aquéllos tienen por término medio una talla de 49,96, mientras que éstas no pasan de 48,70.

4.° Que, en conjunto, los diámetros cefálicos dan en estos cuadros las dimensiones siguientes: O. M., 12,13; O. F., 11,09; S. O. B., 9,29; S. O. F., 10,47; S. M. B., 9,18; B. P., 8,89 ó 9 c.; B. T., 7,86; M. S., 13,19. Y para las circunferencias: S. O. B., 31,22; S. M. B., 31,27; S. O. F., 32,42.

Digitized by Google

La pequeña diferencia que puede notarse entre estas medidas y las obtenidas por Budin, que son superiores, la atribuye el autor á que él ha excluído en este trabajo todos los niños que, aunque nacidos á término, lo hicieron en presentación de cara ó de nalgas, ó bien nacieron muertos. Otro factor que puede también explicar esta diferencia es el momento elegido para hacer estas mediciones. Algunos autores aconsejan esperar cuarenta y ocho ó setenta y dos horas después del nacimiento para hacer la medición de los diámetros de la cabeza fetal, en tanto que el Dr. da Costa opina que debe hacerse inmediatamente después del nacimiento, porque entonces la cabeza, con sus deformaciones determinadas por las presiones sufridas durante el trabajo del parto, traduce con exactitud la forma del conducto á que ha debido adaptarse para salir al exterior. Es, por decirlo así, el molde de la filiera por la cual ha debido pasar.

A juicio del autor, la cabeza del feto, después de cuarenta y ocho horas de su expulsión, no tiene su forma primitiva ni conserva las modificaciones impresas por el trabajo del parto; lo que quiere decir que no presenta entre sus diámetros la relación que más tarde mantendrá.

Sin embargo, para que las investigaciones hechas en todas las maternidades sean homogéneas y comparables, es preciso que obedezcan á determinadas reglas, y éstas, según el Dr. da Costa, deberían enunciarse así:

a) Uniformar la nomenclatura de los diámetros de la cabeza del feto.

b) Adoptar los mismos puntos extremos ó de referencia de estos diámetros.

c) Determinar los que deben ser medidos para el estudio del mecanismo del parto.

d) Elegir el momento más propicio para practicar estas mediciones.

e) Fijar las reglas que deban seguirse para ello.

El asunto es de gran interés, y bien merece la atención que le ha dedicado el Dr. da Costa Sacadura.

Molas y corio-epiteliomas.—Memoria presentada al XV Congreso Internacional de Medicina de Lisboa por el Dr. Joaquín Cortiguera.

Basándose nuestro compañero y amigo el Dr. Cortiguera en 15 observaciones personales, ha hecho un estudio completo de la relación que existe entre la mola hidatiforme y el corio-epitelioma, y en él discute las distintas teorías hoy reinantes sobre la patogenia y anatomía patológica de estas producciones, traza un cuadro acaba-

Digitized by Google

do del padecimiento, se ocupa del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento, y termina su notable trabajo con las siguientes conclusiones:

La mola vesicular antecede con frecuencia al corio-epitelioma; menos frecuente es éste después del parto y del aborto.

Hay muchas molas que no son seguidas de epitelioma, aun cuando recidiven una ó muchas veces; además, se ha observado el sincicioma en el hombre.

No es posible establecer con el examen microscópico una diferenciación absoluta entre la mola benigna y la maligna, entre la que debe dar lugar al corio-epitelioma y la que ha de resultar estéril, ni tampoco entre la que producirá metástasis y la que perdurará localizada.

Este examen tampoco nos demuestra qué corio-epitelioma ó qué nódulo metastásico va á revestir ó no caracteres invasores, malignos.

En la actualidad sólo el criterio clínico es nuestro mejor guía. Toda mujer portadora de una mola debe ser considerada como candidato para que en ella se desarrolle un corio-epitelioma, pero nada más.

La expulsión incompleta de la mola ó de la placenta exige el tacto intrauterino y la evacuación total.

Si después de esta evacuación se presentan metrorragias que resisten al raspado uterino, debe hacerse un examen histológico de los productos obtenidos; si éstos tienen caracteres sinciciocoriales, es preciso proceder á la histerectomía; en caso negativo se repetirá el raspado, ó no, según las condiciones del caso particular.

Mas se impone esta conducta si después de un segundo raspado se repiten las hemorragias y, sobre todo, si éstas van acompañadas de metástasis y de una anemia profunda.

La operación deberá ser completa, es decir, consistirá en la extirpación del útero, los anejos y los nódulos metastásicos que sean accesibles, pero sin empeñarse en disecciones peligrosas, porque se han obtenido curaciones radicales sin esta exéresis.

El pronóstico es menos severo que el de otros epiteliomas si se interviene pronto. Es menos grave el pronóstico después de la mola que después del parto, y sobre todo que después del aborto.

Digitized by Google

VARIEDADES

Premio internacional de ortopedia Humberto I.—En la sesión del 29 de Octubre de 1900, el Consejo Provincial de Bolonia acordó honrar la memoria de Humberto I asignando 50.000 liras al Instituto Ortopédico Rizzoli: 25.000 para fundar una Biblioteca de obras que traten de ortopedia, y las otras 25.000 destinadas á la creación, con el producto de su renta, de un premio quinquenal llamado Premio Humberto I, que se adjudicará al autor de la mejor operación discurrida ó de la invención más útil dentro del campo de la ortopedia.

Este premio no es sólo para Italia, es internacional, y ya al Concurso de 31 de Diciembre de 1904 acudieron médicos ingleses, franceses, alemanes é italianos.

Desgraciadamente, no hubo españoles. ¿Acudiremos al concurso próximo?

El interés de 25.000 liras asciende en cinco años á 4.730, de las cuales se destinan 1.230 á los gastos que se originan para conceder el premio, propaganda, etc., y 3.500 al premio mismo, que fué concedido al Profesor Dr. Oscar Vulpius, de Heidelberg, por un trabajo sobre la trasplantación tendinosa y su empleo en los casos de parálisis.

El premio fué conferido el día 3 de Diciembre de 1905, en la sala del Museo del Instituto Rizzoli. Al acto acudió Su Eminencia el Cardenal Arzobispo de Bolonia, las autoridades civiles y militares, el Rector, los profesores de la Universidad y multitud de médicos y estudiantes.

En nombre de la provincia de Bolonia y del Instituto habló el Presidente de la Diputación Provincial, Giuseppe Bacchelli. El Profesor Codivilla, Director del Instituto, habló sobre los trabajos presentados, y Vulpius, agraciado con el premio, sobre la importancia de la ortopedia.

La fiesta resultó agradable, digna de países que piensan y trabajan.

La luz como agente terapéutico.—El poder de penetración de la luz en los tejidos de nuestra economía sólo es superado por los rayos X. Mas generalmente no tenemos exacta idea, ni aun aproximada, de este poder de penetración.

Digitized by Google

Para demostrarlo, voy á referir los experimentos llevados á cabo por el Profesor J. W. Kime, de Iowa (E. U. A.), ayudado de míster G. L. Hostetler, fotógrafo de la ciudad.

El objeto de estos experimentos es demostrar que los rayos ultravioletas ó químicos pueden atravesar el cuerpo de un hombre bien desarrollado.

El sujeto sobre el cual se hace el experimento es trasladado á la cámara oscura. En la espalda se coloca una placa de gelatino-bromuro de plata, sobre la cual se pone otra ya revelada, un paisaje, por ejemplo, y estas placas se rodean de papel y algodón negros, vendando al sujeto con sumo cuidado para que no penetre la menor cantidad de luz.

Así las cosas, es trasladado á una habitación en plena luz, donde el sol penetra por una claraboya y sus rayos directos son recogidos por un gran reflector y dirigidos al pecho de la persona que se presta al experimento por espacio de quince minutos.

Trasladado después á la cámara oscura y revelada la placa, se ve que se ha impresionado reproduciendo con más ó menos intensidad el paisaje de la negativa, lo cual prueba que los rayos actínicos para impresionar la placa han tenido que atravesar todos los tegidos del tórax.

Para ver si el contacto de una y otra placa, unido al calor del cuerpo, podía originar el dibujo, se hicieron contrapruebas colocando el experimento en las mismas condiciones, pero sin dejar penetrar la luz, y se vió que no había producción de imagen.

Los rayos pasan difícilmente por la piel, mejor lo hacen por los músculos y mucho mejor aún por los huesos. El esternón y las costillas son semitrasparentes.

El reflector que se ha usado para los experimentos es un espejo circular de treinta pulgadas de diámetro, cubierto de un cristal azul, alejado del sujeto lo suficiente para producir un foco de seis pulgadas de diámetro á una distancia de ocho pies. La idea es aprovechar los rayos actínicos disminuyendo en lo posible los caloríficos.

La terapéutica de la luz está basada en los siguientes principios:

1.° La luz es un poderoso germicida, cuya acción se produce por los rayos químicos, violetas y ultravioletas.

2.° Los rayos químicos de la luz son irritantes en su acción, no únicamente sobre la piel, sino sobre todos los tejidos que atraviesan. Este efecto irritante es lo que da lugar al eritema solar, observado frecuentemente en el invierno. La luz eléctrica demasiado intensa produce similares efectos. Widmark, de Stockholm, ha demostrado que esta dermatitis es producida por la sola acción química, independiente de la calorífica, y que el mejoramiento de las enfermedades tratadas por la luz puede depender de la hiperemia que pro-

Digitized by Google

voca levantando la actividad vital de los tejidos y aumentando la fagocitosis.

3.° La luz tiene un poder de penetración que atraviesa todos los tejidos del cuerpo.

4.° La acción de los rayos químicos sobre la sangre difunde actividad y energía por la economía: de aquí los efectos benéficos de los baños de sol. Tan cierto es esto, que en los laboratorios deben estar los cultivos alejados de la acción de los rayos solares para no dar lugar á torcidas interpretaciones.

El bacilus de la tuberculosis en el lupus es destruído por la acción de la luz.

Finsen, Abrams y Kime lo han demostrado.

Este último autor ha tratado enfermos de tuberculosis pulmonar por la acción de la luz concentrada en el reflector antes dicho, notando beneficiosas mejorías, aumento de peso, etc. Las sesiones eran de treinta minutos de duración, dos veces al día.

Modo de trasmisión de la lepra.—Parece que la sarna *(el acarus)* puede servir de vehículo al bacilus leprosi ó de Hansen. Dirigidas las observaciones en este sentido, se han encontrado en el tubo digestivo de algunos mosquitos, entre ellos del *Culex pungeus*, bacilos de la lepra, causantes, con grandes probabilidades, del contagio. Sin embargo, el que un mosquito que se alimenta de sangre humana pueda contener gérmenes en su intestino de tal ó cual dolencia, no autoriza de un modo absoluto á decir que el vehículo en el contagio es dicho mosquito. Hacen falta más investigaciones.

Determinación de la humedad de los muros en las habitaciones.—Multitud de experimentos se han llevado á cabo para determinar la humedad en lós muros de las casas. El límite oscila entre 1 y 3 por 100, según los materiales, pero su determinación es de gran importancia higiénica.

En el agua contenida en los muros y en los materiales de construcción hay que tener en cuenta dos orígenes diferentes.

El agua higroscópica y de imbibición, por una parte, y el agua de combinación, por otra. La primera está sometida á todas las fluctuaciones de la humedad de la atmósfera, en tanto que la segunda es constante.

Para determinar esta humedad se ponen los materiales que se quiere examinar en el aparato de desecación de Glässgen, modificado por Casagrandi.

Conocida la técnica del aparato se registra primero el agua higroscópica á la temperatura de 50 grados, y después el agua de combinación. De este modo podemos saber las propiedades del mor-

Digitized by Google

tero, el ladrillo, la toba, el mármol, etc., en cuanto á la cantidad fija de agua que contienen y la que además pueden absorber de la humedad de la atmósfera.

Estos detalles deben tenerse muy en cuenta en la construcción de las habitaciones higiénicas.

Sobre la averiguación del plomo en las aguas potables.—Los numerosos casos de intoxicación que se han señalado en todos los países á consecuencia del empleo de tubos de plomo para la conducción de las aguas potables demuestran que las canalizaciones de plomo pueden ser dañosas para la salud pública.

Según Rasozi, los casos más característicos de accidentes causados por el plomo son generalmente aquellos en los que este cuerpo penetra en la economía en pequeñas cantidades, pero de un modo continuo.

Gauthier y Wilm, después de numerosas experiencias, han deducido que toda agua que contenga cinco centésimas de miligramo por litro debe ser considerada como sospechosa, dada la gran toxicidad del plomo, su propiedad de acumularse en el organismo y la facilidad de beber siempre agua del mismo origen.

En Madrid tenemos, además de las cañerías generales de hierro, otras de plomo á los edificios. La distancia de la cañería general á los grifos ó fuentes utilizables de las casas y calles no suele ser muy grande, lo que explica los pocos accidentes que se observan en este sentido.

Sin embargo, sería muy conveniente un estudio ó análisis de las aguas en los puntos de utilización, determinar si contienen ó no alguna cantidad pequeña de plomo, y fijar más si esos cólicos ó indigestiones que con tanta frecuencia se observan en las familias son simplemente enfriamientos ó neuralgias intestinales producidas por la absorción de las sales de plomo.

Señaladísimo servicio prestaría el Laboratorio Municipal de Madrid si se quisiera encargar de estas averiguaciones seriadas y completas en los diferentes distritos.

El procedimiento que hasta ahora parece mejor para determinar el plomo se debe á Lambert, del Instituto Pasteur, de Lille.

Se toman 50 centímetros cúbicos del agua que se va á examinar y se adicionan dos centímetros cúbicos de lejía de potasa á 36° B. Después de agitarlo se filtra sobre amianto ó centrífuga, y tomando 40 centímetros cúbicos de solución limpia, se adicionan cuatro gotas de solución de cianuro de potasa al décimo, y, después de agitarlo, otras cuatro gotas de solución de monosulfuro de sosa, también al décimo. La solución toma un ligero color moreno si contiene dos décimas de miligramo de plomo por litro.

Digitized by Google

Si hay menos cantidad de plomo se toma un litro de agua, se acidula ligeramente con ácido acético, se evapora hasta dejar 30 centímetros cúbicos, se añaden unas gotas de lejía de potasa y se procede después como en el caso anterior.

Higiene del obrero en los Estados Unidos.—Leo con alegría y con pena al mismo tiempo una obra del Dr. Gallard que trata de la higiene del obrero en los Estados Unidos.

No podemos ahora establecer comparaciones. Nuestro estado no lo consiente.

En algunos de los grandes centros industriales de la gran república los obreros tienen sus casas higiénicas en el campo, sus jardines, y en los talleres lavabos, *water-closs*, refectorios, salas de descanso, gimnasio, salas de lectura, sala de concierto, etc... El tipo obrero es fuerte, robusto, bien constituído, sano. Tiene lo necesario para la vida.

Sobre la preservación del contagio sifilítico.—El profesor Metchnikoff ha obtenido excelentes resultados con los agentes antisépticos aplicados sobre las superficies de inoculación sifilítica en los monos.

La pomada mercurial empleada en fricciones durante algunos minutos sobre el punto inoculado, una hora después de la inoculación del virus, ha impedido la formación del chancro. Tiene á menudo el inconveniente de producir una irritación ó inflamación desagradable. Esto se evita con la pomada de calomelanos, de precipitado blanco ó de salicilarsinato de mercurio, mezclada cualquiera de ellas en tres veces su peso con lanolina. No produce irritación. El virus sifilítico se neutraliza, aun después de haber friccionado algunas horas (diez y ocho y media) después de la inoculación.

Aquí el medicamento obra destruyendo el virus antes de la absorción, no produciendo inmunidad. Se ha probado esto, porque el mismo animal ha sido inoculado meses después sin neutralizar el virus con la preparación mercurial, y en algunas semanas se han visto claros los accidentes locales primarios.

Estas pomadas no tiene acción sobre el chancro blando.

Es, pues, un medio profiláctico digno de tenerse en cuenta: el lavado ordinario después del coito y la fricción, media ó una hora después, por espacio de cuatro ó cinco minutos, en los puntos sospechosos, con cualquiera de las pomadas indicadas cuando haya temor de un coito impuro.

M. Metchnikoff no dice si estas preparaciones mercuriales tienen acción directa sobre la blenorragia.

Digitized by Google

Nuevo método para hacer inofensivos los cisticercos.— Es sabido que los huevos de tenia, en cualquiera de sus variedades, tienen una cubierta chitinosa, dura, que á veces resiste á la cocción mal hecha.

Los aparatos de trituración de la carne tampoco sirven para destruir estos huevos, como se demuestra mirando la carne triturada al microscopio.

Lo mejor es someter la carne sospechosa á la presión después de triturada, haciéndola pasar por un tamiz que tenga 64 mallas por centímetro cuadrado. La pulpa así obtenida, examinada al microscopio, no deja ver cisticerco alguno.

Consideraciones sobre la influencia nociva del aire en los automovilistas y ciclistas. — Las condiciones particulares en que se hallan los *amateurs* de estos *sports* á consecuencia de una protección insuficiente de sus ojos, determinan alteraciones patológicas en el órgano de la visión. Los ciclistas y motociclistas que se inclinan demasiado sobre la máquina se ven obligados de vez en cuando á levantar la cabeza y mirar hacia delante, determinando, no solamente una fuerte contracción de los músculos de la nuca, sino un retardo circulatorio en los vasos de la cabeza. A la larga, el hábito de fijar los objetos en una posición defectuosa llega á producir cierto estrabismo y trastornos en la refracción ocular. Por esto es importante hacer conocer á los ciclistas los perjuicios que puede acarrearles la posición horizontal, tocando casi al guía, para disminuir la resistencia del aire.

Los automovilistas á gran velocidad sufren la presión viva y constante del aire y del viento, que provoca, al cabo de algún tiempo, cambios más ó menos durables en el funcionamiento del ojo. A esta presión considerable se une el polvo del camino, que determina irritaciones oculares extensas. Además, la velocidad excesiva produce cambio rápido en las imágenes que la retina percibe, confusión de las mismas, deformación de los objetos y falsa apreciación de los colores, vértigos y errores de distancia y lugares, fatales para la conducción de estos vehículos.

Por estas razones, la protección de los ojos, cuando la marcha es á gran velocidad, es absolutamente necesaria.

Lo mejor, en lugar de gafas planas, son gafas de cristales curvos en sentido transversal, que permiten la visión lateral, tan necesaria para la buena dirección, y además van provistas de unos tubos especiales que renuevan el aire, impidiendo la entrada de polvo.

Con todo esto, lo mejor es ir á una moderada velocidad.

Digitized by Google

¿Qué es el reumatismo?—El Dr. Woods Hutchinson dice que hay tres clases ó formas de reumatismo: 1) Los ataques febriles agudos que inflaman las articulaciones y van acompañados de sudor ácido y de complicaciones cardíacas. 2) Las artritis reumatoides ó reumatoidales y sus variedades. 3) El llamado reumatismo crónico, caracterizado por persistentes recurrencias, con no muy elevada temperatura, poca ó ninguna inflamación articular y cojera, que no está en proporción con las alteraciones de las coyunturas. Parece que puede admitirse la naturaleza infecciosa de la forma aguda articular y la posibilidad de que sea también semejante causa la de las otras formas, siendo el campo principalmente atacado el sistema nervioso periférico. El reumatismo crónico, el muscular, el lumbago y la mialgia son consideradas como formas de neuritis periférica, y van con frecuencia precedidos sus ataques por alguna otra forma de infección aguda, como la influenza, tonsilitis, difteria ó tos ferina.

La artritis deformante indudablemente es un desorden trófico, quizá de origen infeccioso. El reumatismo articular agudo probablemente es una neuritis periférica infecciosa, y los cambios ó alteraciones articulares son secundarios. Sin embargo, esto no ha sido probado de un modo terminante, y podía también ser el resultado de enfermedades zimóticas, en el sentido de producirse los fenómenos de diferente modo que en la infección ordinaria, es decir, por fermentaciones ocasionadas también por microorganismos, como es sabido.

El tratamiento específico lo constituyen los salicilatos, que alivian el dolor, pero no acortan la duración de la enfermedad ni evitan las complicaciones cardíacas. La alimentación debe variar según la naturaleza y condiciones del individuo.

Claro es que hay mucho todavía que estudiar en lo que llamamos reumatismo, gota, artritis deformantes, miositis agudas, neuralgias periféricas, neuritis, reumatismo crónico, afecciones reumatoidales, etc.

El valor terapéutico de la zarzaparrilla en la sífilis.—El Dr. C. J. Cullingworth (E. U. A.) ha llevado á cabo una serie de experimentos administrando un cocimiento de zarzaparrilla á enfermos sifilíticos. Ha notado en todos ellos un marcado aumento de peso. No ha empleado alimentación especial. En algunos casos administró también el iodo; pero en aquellos en los que adicionaba la zarzaparrilla observó siempre un proporcionado aumento de peso. El autor cree que esto puede ser considerado por muchos escépticos como cosa de poca importancia; sin embargo, él está completamente persuadido de la utilidad de este medio terapéutico.

Digitized by Google

Premio Riberi, de 20.000 liras.—La Real Academia de Medicina de Torino conferirá á la mejor obra producida en el quinquenio de 1902-1906 en el campo de la ciencia médica el XI premio Riberi, de 20.000 liras, deducidos los gastos de adjudicación.

En igualdad de circunstancias será preferido el trabajo que se dirija á mejorar las condiciones higiénicas de Italia.

Las bases del concurso son las siguientes:

1.ª Los trabajos deben presentarse manuscritos ó impresos en italiano, francés ó latín.

2.ª Los trabajos impresos deben estar editados después de 1902, y deben enviarse á la Academia dos ejemplares francos de porte.

3.ª Los manuscritos deben ser de caracteres inteligibles, quedando propiedad de la Academia y teniendo su autor la facultad de poder hacer á sus expensas las copias que desee. También los trabajos impresos quedan propiedad de la Academia.

4.ª Si la Academia adjudicase el premio á un trabajo manuscrito, debe antes de recibir el premio publicarlo el autor á sus expensas y mandar dos ejemplares á la Academia.

5.ª El tiempo útil para la presentación de las Memorias es del 16 al 31 de Diciembre de 1906.

En España, desgraciadamente, no nos preocupamos tanto del fomento de la salud pública ni del estímulo á los hombres de ciencia que trabajan.

Algún premio de cien pesetas, trescientas, quinientas por excepción; algún prócer ó político ya adinerado suele dar mil á lo más, y he aquí todo.

Claro que esto depende del desconocimiento de los propios intereses de la nación donde viven.

Creo que no hay dinero más productivo que el empleado en medios que hagan la vida más sana y agradable, alejen las enfermedades, robustezcan el cuerpo, fortalezcan el espíritu y contribuyan á alojar un alma sencilla y limpia en un cuerpo sano y vigoroso.

DR. SATURNINO GARCÍA HURTADO

La educación física razonada.—De *La Vie Normale,* revista bimensual independiente, destinada á «combatir bajo todas sus formas el peligro creciente de la *degeneración* y el *nervosismo,* respondiendo á una de las necesidades más esenciales de nuestra época, *la necesidad de equilibrio y salud*», tomamos, por creerlo interesante y útil, el final de un trabajo que acerca de «La educación física razonada» ha publicado George Hébert, y del cual son las siguientes *conclusiones generales:*

1.ª Existe una educación física, como existe una educación moral é intelectual.

Digitized by Google

2.ª El hombre llegado al término de su crecimiento debe ser educado; es decir, haber adquirido su perfeccionamiento fisiológico.

3.ª Para mantener el cuerpo en buena salud es necesario respetar las leyes de la higiene. El ejercicio físico forma parte de la higiene, siendo tan indispensable como los alimentos ó el sueño; ayuda, además, á conservar largo tiempo la energía y el vigor de la juventud.

4.ª El ejercicio físico no es esencialmente la gimnasia pura: tiene una significación mucho más extensa y comprende todo lo que puede obtener el cuerpo de la actividad y del movimiento.

5.ª El ejercicio físico debe ser diario, siendo ventajoso hacerle con tanta regularidad como se toman los alimentos, el sueño, etc.

6.ª Los ejercicios naturales: andar, correr, nadar, saltar, algunos trabajos manuales y los movimientos sin aparatos de la gimnasia educativa, bastan á entretener la actividad.

Los *sports* constituyen un lujo que no está al alcance de todos.

7.ª La dosis de ejercicio que debe hacerse es variable según los individuos, y depende de sus ocupaciones habituales.

8.ª Ejercitarse moderadamente, pero no evitar siempre por eso el esfuerzo; buscarle de tiempo en tiempo para dar un latigazo al organismo y aumentar la energía de la fuerza de la voluntad; sin embargo, nunca debe llegarse al límite del esfuerzo que puede proporcionar el organismo.

9.ª La busca de lo maravilloso ó de lo extraordinario, ó la satisfacción vana de las hazañas atléticas, son inútiles, si no dañinas á la salud.

No obstante, todo adulto de mediana constitución debe, por el hecho de la educación, ser capaz de ejecutar ciertos ejercicios utilitarios, que le ayudarán á salir de apuros en todas las ocasiones.

10.ª Buscar siempre y ante todo, en cualquier ejercicio, el efecto higiénico con preferencia al efecto estético.

Los que viven más tiempo no son á menudo los atletas, sino siempre los grandes devotos de la higiene.

11.ª Desenvolver la fuerza de resistencia con preferencia á la fuerza muscular. Preparar así el cuerpo á luchar contra las enfermedades y las fatigas físicas ó morales.

12.ª Evitar los ejercicios de débil efecto higiénico, que miran únicamente al desarrollo muscular y tienden sobre todo á la formación del tipo de fuerza estática, como los pesos y pesas principalmente.

El tipo de velocidad es el solo deseable.

13.ª Si las aptitudes del sujeto son excepcionales y le permiten aumentar sin peligro su potencia muscular y orgánica, puede buscar perfeccionarse en el sentido que le sea favórable. No obstante,

Digitized by Google

debe observarse severamente, detenerse á tiempo y no llegar á ser un *extremista*, queriendo siempre ir más adelante.

14.ª La falta de ejercicio disminuye el vigor, la energía y la voluntad.

Hacer ejercicio con regularidad obliga á sobreponerse á la pereza y á fortalecer la voluntad.

15.ª Hay muchos que lo comprenden, pero que no obran así.

Querer, siempre querer, debe ser la divisa de los débiles y de los apáticos que admiten la necesidad de muchas cosas, pero que no tienen el valor de trabajar.

16.ª Las fuerzas de la inteligencia han vencido siempre á la fuerza bruta: de ahí la necesidad de cultivar el espíritu tanto como el cuerpo. Buscar el equilibrio del sér, siguiendo la célebre fórmula de Juvenal, que no se repetirá nunca bastante: «Espíritu sano en cuerpo sano».

17.ª Llevar una vida normal, sencilla y regular. Evitar en particular todos los excesos, porque es lo que desgasta con rapidez el organismo.

La higiene se resume en esto: conocer la medida de sus necesidades.

18.ª Evitar la indolencia. Tener siempre una ocupación, una ambición, un fin cualquiera para mantener en forma conveniente su energía y su voluntad.

19.ª En fin, acordarse de que la alegría y el contento son factores poderosos para el entretenimiento de una buena salud y de que los tormentos y los disgustos hacen envejecer prematuramente. (*La Vie Normale*, núm. 9, 5 Mayo 1906.)

DR. YAGÜE

La helioterapia.—La importancia más creciente cada día de los medios físicos introducidos con justicia como agentes higiénicos y terapéuticos en los estudios modernos, indispensables en muchos casos para el tratamiento y curación de gran número de enfermedades; la constitución actual de las sociedades modernas; la dificultad que experimenta el hombre para conseguir los medios de vida con que satisfacer las necesidades de la familia, y otra serie de concausas que la brevedad y concisión con que hay que escribir en esta REVISTA, por la falta de espacio material, nos obligan, bien á pesar nuestro, á omitir una serie de consideraciones á que se presta este asunto que tanto preocupa ya á los hombres de ciencia, que lo mismo en el moderno que en el antiguo Continente se vienen ocupando de las diversas manifestaciones provocadas por estos agentes, cuya enseñanza, apartándose por ahora de la oficial clásica, ha llegado á producir una revolución terapéutica dentro

Digitized by Google

del campo médico, creando hipótesis y sentando premisas que, empezando de un modo empírico, se han disciplinado, haciéndose actualmente científicos métodos.

Los nuevos estudios y descubrimientos llevados á cabo por nuestro ilustre Cajal, sobre la manera de estar formado el tejido nervioso, y las teorías sobre su modo de funcionar en el organismo, así como la acción que fisiológicamente su funcionamiento produce en general y en detalle, han contribuído á que esta revolución esté basada en hechos y en principios; y ella ha de vencer, aun oponiéndose los reaccionarios espíritus.

La luz solar, siendo uno de dichos agentes, ocupa por su valor científico una categoría muy preeminente, debiéndola no poco á las diversas é innumerables aplicaciones con que cuenta, sobre todo las dirigidas á la conservación de la salud y curación de las enfermedades, naciendo así una rama de la terapéutica del porvenir á la cual llamamos Helioterapia.

Por hoy nos limitaremos á manifestar que, aunque naciente, es usada ya en Inglaterra por Bleyer; en Suiza, por Rikli; en Austria, por Lahman; en Alemania, por Mhel y Platen; en Norte-América, por Barnes y Chayen; en Dinamarca, por Finsen; en Francia, por Grunda, Malgat y Hamene; en España, por García Hurtado, Forns, Martínez Vargas; y Cortezo, con la brillantez de estilo en él peculiar, nos ha descrito los trabajos físico-terápicos de Guimbail y tántos otros en su magistral discurso «Los grandes remedios», demostrando con esto el importantísimo papel que en la terapéutica ha de jugar este principalísimo y esencial agente físico, indispensable y necesario á todos los intelectuales, contribuyendo á remediar los gastos exagerados de las fuerzas nerviosas necesarias para mantener la lucha por la existencia que se lleva en los grandes centros de población, y para lo cual el hombre no ha sido creado.

En Alemania, cuna de la Helioterapia, han sido tratados ya hasta los valvulares asistólicos por los baños de sol, cuyos resultados por lo brillantes son casi increíbles si no se vieran prácticamente.

El baño de sol aumenta la excitación curativa al organismo; y científicamente aplicado, produce en estos casos la elevación de la presión arterial, la regularización en el sistema venoso, la resolución del edema, la reabsorción definitiva ó parcial de la hidropesía y la desaparición de las congestiones viscerales, disminuyendo el trabajo del corazón y fortificando la fibra muscular.

Por último, sólo añadiremos las conclusiones presentadas al XV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Lisboa en el próximo pasado mes de Abril, en la Sección de Terapéutica, acerca de la acción termo-foto-química de los rayos solares sobre nuestro

Digitized by Google

organismo, demostrando éstas la importancia de tan valioso agente, y que exponemos á continuación.

Conclusiones.—1.ª La luz solar obra como agente fisiológico, higiénico y terapéutico.

2.ª Los fenómenos termo-foto-químicos producidos por los rayos solares sobre el organismo pueden explicarse científicamente de un modo esencial por la absorción y reflexión, coadyuvando secundariamente la refracción, dispersión, difracción y polarización.

3.ª Las vibraciones sincrónicas entre el éter trasmisor y nuestro organismo producen la absorción de los rayos solares, bien térmicos, bien luminosos ó bien actínicos, y la falta de isocronismo entre ambos da por resultado la reflexión de los mismos.

Igual manifestación formulamos referente á la parte oscura del espectro solar.

4.ª La luz solar obra sobre el organismo bajo la doble acción de agente físico-dinamógeno y microbicida, modificando las funciones celulares y destruyendo el elemento patógeno.

5.ª Los efectos de la luz solar se hallan en razón directa de su duración ó intensidad.

6.ª La helioterapia produce dos fenómenos esenciales sobre nuestro organismo, de excitación el uno y de depresión el otro, con cuyos efectos pueden tratarse muchas enfermedades (piel, riñones, gota, reumatismo, lupus, neoplasias malignas superficiales, escrofulismo, anemia, debilidad, tuberculosis, faringitis, etc., etc.), estando llamada á ocupar en la terapéutica el lugar que le corresponde como agente del porvenir.

Dr. Masip

El nuevo ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Por segunda vez, en el corto espacio de un año, ha sido llamado un médico á los Consejos de la Corona.

Ahora ha recaído la elección en el ilustre profesor de la Facultad de Medicina de Madrid y académico Dr. D. Alejandro San Martín, de cuyas iniciativas tiene derecho á esperar mucho la enseñanza en nuestro país, después de sus campañas en el Senado.

La Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas une su felicitación más cordial á las muchas que el nuevo ministro habrá recibido de toda la clase médica.

Digitized by Google

AVISO

Toda la correspondencia administrativa (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los *giros, pagos y cobros,* se dirigirán al

Sr. D. Manuel Lahora,

calle de Augusto Figueroa, núm. 36, *segundo.*

El *cambio* ó *canje* de periódicos, y los *libros* ó *folletos* para bibliografía, al Instituto Rubio, á nombre de los secretarios de la Redacción.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Closed
ST.

337

Digitized by Google

Digitized by Google